



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS/PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICOS E A QUALIDADE DE VIDA COMUNITÁRIA**

**Inês Patrícia Afonso de Oliveira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Gestão de Unidades de Saúde**

(2º ciclo de estudos)

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Helena Alves**

**Covilhã, Outubro de 2011**



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS/PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICOS E A QUALIDADE DE VIDA COMUNITÁRIA**

**Inês Patrícia Afonso de Oliveira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Gestão de Unidades de Saúde**

(2º ciclo de estudos)

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Helena Alves**

**Covilhã, Outubro de 2011**

# AGRADECIMENTOS

Embora me subscreva como autora da presente dissertação, esta não teria sido possível sem o apoio e colaboração de vários intervenientes. Como tal, expresso aqui o meu reconhecimento e gratidão a todos os que, de alguma forma, me ajudaram e apoiaram neste percurso de enriquecimento e crescimento pessoal e profissional.

Dirijo, primeiramente, o meu agradecimento e estima à minha orientadora Professora Doutora Helena Alves por todo o apoio, compreensão, incentivo e disponibilidade demonstrados e a quem devoto a mais sincera admiração.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos e, sobretudo, pelos momentos em que privei a minha mãe da minha companhia.

Agradeço à minha avó Nazaré pelo carinho, força e apoio em diversos níveis, sem a qual não poderia ter dado início a esta jornada.

Ao Cristiano, pelo companheirismo e incentivo que me incutiu nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos amigos que, com a sua amizade, incentivo e paciência estiveram sempre comigo.

Agradeço, igualmente, aos colegas da Unidade de Saúde Familiar de Marmelais de Tomar, pelo apoio e compreensão nas minhas ausências.

Um agradecimento especial a todos os que aceitaram colaborar nesta investigação.

A todos o meu sincero obrigado!

*“A gratidão é o único tesouro dos humildes”*

(William Shakespeare)

# RESUMO

A presente investigação foi realizada à luz da abordagem quantitativa, constituindo um estudo não experimental, de carácter descritivo, analítico, correlacional e transversal, tendo como principal objectivo analisar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos e a qualidade de vida da mesma. O presente estudo partiu da visão de Rahtz *et al.* (2004), adaptada ao sistema de saúde português, abrangendo os serviços públicos do âmbito hospitalar e cuidados de saúde primários do concelho de Tomar. Foram recolhidos e analisados 305 questionários aplicados à população residente.

Os resultados obtidos indicam que o modelo que defende a associação entre a satisfação individual com os cuidados de saúde (programas e serviços de saúde públicos) e a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos tem uma capacidade explicativa de 36,7%. Os programas e serviços de saúde estudados neste processo foram: cirurgia geral, urgência, consulta externa e tratamentos de enfermagem. O modelo que relaciona a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária também evidencia, embora com fraca capacidade explicativa, uma associação entre as variáveis. Apurou-se, ainda, que de entre os programas e serviços supramencionados, apenas o serviço de urgência evidencia associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida comunitária. Constatou-se que a idade não evidencia associação com a qualidade de vida comunitária, ao contrário da satisfação profissional, da satisfação com a vida familiar e dos rendimentos. Finalmente, verificou-se que a qualidade de vida comunitária tende a ser maior para um indivíduo cuja satisfação pessoal com o estado de saúde é elevada.

## Palavras-chave

Qualidade de Vida, Satisfação comunitária com os Cuidados de Saúde, Satisfação Individual com os Cuidados de Saúde

# ABSTRACT

This research was conducted through a quantitative approach, constituting a non-experimental, descriptive, analytical and cross-correlation study, which main objective is to study community healthcare satisfaction and the community quality of life. This study was based on Rahtz *et al.* (2004) vision, adapted to the portuguese health system, including public services within the hospital and primary healthcare. Data were collected from 305 community residents in Tomar.

The results indicate that, the model which maintains the association between individual healthcare satisfaction (programs and public healthcare services) and the community healthcare satisfaction has an explanatory power of 36.7%. The health programs and services studied in this process were: general surgery, emergency, outpatient and nursing treatments. The model that relates the community healthcare satisfaction with community quality of life, also demonstrates, although with weak explanatory power, an association between the variables.

It was found also that among the programs and services mentioned above, only orthopedics, outpatient and emergency room showed a statistically significant association with community quality of life. It was found that only emergency service showed a statistically significant association. Age did not show association with community quality of life, unlike job satisfaction, family life satisfaction and incomes. Finally, it was found that the QVC tends to be higher for an individual whose personal health satisfaction is high.

## Keywords

Quality of Life, Community Healthcare Satisfaction, Individual Healthcare Satisfaction

# ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	viii
ÍNDICE DE TABELAS .....	ix
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	xi
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>16</b>
2.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA .....	16
2.2 DEFINIÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA .....	18
2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	21
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL .....	22
<b>3.SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE SATISFAÇÃO .....	25
3.2 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES .....	27
3.3 SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	29
<b>4. MODELO DE QUALIDADE DE VIDA/CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE .....</b>	<b>31</b>
4.1. MODELO ORIGINAL.....	31
4.2 MODELO EXTENSO .....	32
<b>5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>34</b>
5.1 PARADIGMA .....	34
5.2 TIPO DE ESTUDO .....	35
5.3 SELECÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA .....	36
5.4 A POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
5.5. CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	39
5.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	43
5.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	48
5.8 CONSENTIMENTO INFORMADO.....	51
5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	51
<b>6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	53

6.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	55
6.3 TESTES DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	62
6.3.1. Hipótese 1- A SCCS é função directa da satisfação com vários programas e serviços de saúde na comunidade (SICS) .....	62
6.3.2. Hipótese 2- A QVC é positivamente predita pela SCCS.....	67
6.3.2.1. Hipótese 2.1- Os programas e serviços de saúde que estão associados à SCCS influenciam a QVC.....	69
6.3.3. Hipótese 3- A QVC está relacionada com a Satisfação com a Vida Familiar e Satisfação Profissional .....	72
6.3.4. Hipótese 4- A QVC tende a ser maior para um indivíduo cuja SPES é reduzida.....	73
6.3.5. Hipótese 5- A QVC tende a ser maior para um indivíduo que tem mais idade .....	75
6.3.6. Hipótese 6- A QVC tende a ser maior para um indivíduo com reduzido rendimento mensal.....	76
<b>7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>79</b>
7.1 CONCLUSÕES .....	79
7.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES.....	82
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>95</b>
ANEXO I - QUESTIONÁRIO .....	96
ANEXO II - TABELAS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	105

# ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo original de qualidade de vida/cuidados de saúde na comunidade.....	32
<b>Figura 2</b> - Modelo extenso (Rahtz e Sirgy, 2004:172).....	33
<b>Figura 3</b> - Diagrama do modelo extenso de qualidade de vida/cuidados de saúde na comunidade e hipóteses e correlações.....	47
<b>Figura 4</b> - Médias da QVC e da satisfação com os programas e serviços de saúde.....	62
<b>Figura 5</b> - Diagrama de dispersão.....	64
<b>Figura 6</b> - Distribuição normal dos erros.....	65
<b>Figura 7</b> - Diagrama de dispersão entre resíduos.....	67
<b>Figura 8</b> - Distribuição dos erros.....	68
<b>Figura 9</b> - Diagrama de dispersão.....	70
<b>Figura 10</b> - Distribuição normal dos erros.....	71
<b>Figura 11</b> - Média da QVC e satisfação profissional.....	73
<b>Figura 12</b> - Médias da QVC e SPES.....	74
<b>Figura 13</b> - Médias de QVC e os níveis de rendimento mensal.....	78
<b>Figura 14</b> - Diagrama conclusivo com respectivas hipóteses e correlações.....	79



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Grau de Satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.....	58
Gráfico 2 - Importância atribuída aos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.....	59
Gráfico 3 - Frequência de utilização dos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar...	60
Gráfico 4 - Conhecimento sobre os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.....	61

# ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis em estudo e respectivas definições conceptuais e operacionais.....	39
Tabela 2 - Hipóteses de investigação.....	46
Tabela 3 - Distribuição segundo o Género.....	106
Tabela 4 - Resultados Médios e Desvio Padrão segundo a Idade.....	106
Tabela 5 - Distribuição segundo o Grupo Etário.....	106
Tabela 6 - Distribuição segundo o Estado Civil.....	107
Tabela 7 - Distribuição segundo o Tempo de Habitação no Concelho de Tomar.....	107
Tabela 8 - Distribuição segundo o Habilitações Literárias.....	107
Tabela 9 - Distribuição segundo o Situação Profissional.....	108
Tabela 10 - Distribuição segundo o Rendimento mensal (euros).....	108
Tabela 11 - Distribuição segundo Intervalos de Rendimento mensal (euros) .....	108
Tabela 12 - Distribuição segundo o salário mínimo nacional .....	109
Tabela 13 - Satisfação com a QVC.....	109
Tabela 14 - Médias das variáveis QVC e a Importância Atribuída à QVC.....	109
Tabela 15 - Correlação de Pearson quanto à Importância da QVC e QVC.....	110
Tabela 16 - Teste-T sobre a QVC e a importância atribuída ao domínio de vida QVC.....	110
Tabela 17 - Satisfação Profissional.....	110
Tabela 18 - Satisfação com a Vida Familiar.....	111
Tabela 19 - Satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar.....	111
Tabela 20 - Satisfação com a qualidade geral dos cuidados de saúde públicos que recebeu pessoalmente no concelho de Tomar.....	111
Tabela 21 - Satisfação dos amigos, vizinhos e outros relativamente à qualidade geral dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar.....	112
Tabela 22 - Estado geral de saúde.....	112
Tabela 23 - Saúde Física.....	112
Tabela 24 - Saúde Mental.....	113
Tabela 25 - Correlação de Pearson quanto à SPES e a importância atribuída ao estado de saúde.....	113
Tabela 26 - Teste de Wilcoxon (Ranks) .....	113
Tabela 27 - Teste de Wilcoxon.....	114
Tabela 28 - Satisfação com os programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar (excepto a opção “sem opinião”) .....	114
Tabela 29 - Importância atribuída aos programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar.....	115
Tabela 30 - Frequência de utilização dos programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar.....	116
Tabela 31 - Correlação de Pearson quanto á frequência de utilização e satisfação com a qualidade dos vários programas e serviços de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar.....	116
Tabela 32 - Teste-T sobre a frequência de utilização e satisfação com os serviços e programas de saúde e .serviços públicos do concelho de Tomar .....	117
Tabela 33 - Conhecimento sobre os programas e serviços de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar.....	117
Tabela 34 - Correlação de Pearson quanto à importância e satisfação de cada serviço e programa de saúde público do concelho de Tomar.....	118

<b>Tabela 35</b> - Correlação de Pearson quanto QVC e satisfação com os serviços e programas de saúde públicos do concelho de Tomar.....	118
<b>Tabela 36</b> - Teste-T sobre a QVC e satisfação com os serviços e programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar .....	118
<b>Tabela 37</b> - Correlação de Pearson.....	118
<b>Tabela 38</b> - Análise de resíduos.....	119
<b>Tabela 39</b> - Regressão linear da avaliação SICS como preditora da SCCS.....	121
<b>Tabela 40</b> - Coeficientes da regressão.....	66
<b>Tabela 41</b> - Correlação de Pearson entre a SCCS e QVC (H2) .....	120
<b>Tabela 42</b> - Estatística de resíduos (H2) .....	121
<b>Tabela 43</b> - Regressão linear da avaliação da SCCS como preditora da QVC.....	68
<b>Tabela 44</b> - Coeficientes de regressão entre as variáveis SCCS e QVC.....	121
<b>Tabela 45</b> - Estatística de resíduos (H2.1) .....	121
<b>Tabela 46</b> - Regressão linear da avaliação dos programas/serviços de saúde como preditores da QVC.....	71
<b>Tabela 47</b> - Relação entre os serviços e programas de saúde que proporcionam SCCS e QVC (H2.1).....	72
<b>Tabela 48</b> -Correlação de Pearson quanto à Satisfação Profissional e QVC.....	72
<b>Tabela 49</b> - Teste de Wilcoxon.....	122
<b>Tabela 50</b> - Teste de Wilcoxon.....	122
<b>Tabela 51</b> - Médias entre a QVC e a satisfação com a vida familiar e satisfação profissional.....	122
<b>Tabela 52</b> - Teste T quanto à satisfação profissional e QVC.....	123
<b>Tabela 53</b> - Distribuição segundo SPES.....	123
<b>Tabela 54</b> - Teste de homogeneidade da variância para a SPES.....	123
<b>Tabela 55</b> - Teste de robustez de Welch e Brown-Foryth.....	74
<b>Tabela 56</b> - Teste de Shapiro-Wilk.....	123
<b>Tabela 57</b> - Teste de homogeneidade da variância para o grupo etário.....	124
<b>Tabela 58</b> - Teste de Kruskal-Wallis H.....	124
<b>Tabela 59</b> - Teste ANOVA.....	76
<b>Tabela 60</b> - Teste de Shapiro-Wilk.....	124
<b>Tabela 61</b> - Teste de homogeneidade da variância para os níveis de remuneração.....	124
<b>Tabela 62</b> - Teste de Kruskal-Wallis H.....	125
<b>Tabela 63</b> - Teste ANOVA.....	77

# SIGLAS E ABREVIATURAS

% - frequências percentuais  
a.c. - antes de cristo  
AC - atendimento complementar  
CD - cuidados domiciliários  
CE- consulta externa  
dp - desvio padrão  
*DW* - *Durbin-Watson*  
*KS* - *Kolmogorov-Smirnov*  
Ed. - Edição  
*et al.* - e outros  
EUA - Estados Unidos da América  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
*n* - Frequências absolutas  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
*P*- p-value  
p. - página  
p.p. - pontos percentuais  
PF- planeamento familiar  
PIB - Produto Interno Bruto  
PPC - Paridade de Poder de Compra  
QV - Qualidade de Vida  
QVC - Qualidade de Vida Comunitária  
QVG - Qualidade de Vida Global  
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde  
R- coeficiente de correlação de *Pearson*  
*s.d.*- sem data  
SAP - Serviços de Atendimento Permanente  
SCCS - Satisfação Comunitária com os Cuidados de Saúde  
SICS - Satisfação Individual com os Cuidados de Saúde  
SPES- Satisfação Pessoal com o Estado de Saúde  
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*  
SI - saúde infantil  
SM - saúde materna  
SV- Satisfação com a Vida  
SVC - Satisfação com a Vida na Comunidade  
SW - *Shapiro-Wilk*  
*t*- teste T  
TE - tratamentos de enfermagem  
UCPC- Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos  
UE - União Europeia  
*x* - média



## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde de países desenvolvidos têm sofrido, nos últimos anos, uma crescente pressão decorrente de múltiplos factores económicos, políticos e sociais. Entre eles, é possível salientar o aumento dos gastos com a saúde, a escassez dos recursos alocados à área, a eficiência e efectividade dos mesmos, as alterações demográficas ocorridas nos últimos anos, a inovação da ciência médica e o aumento das expectativas dos utilizadores de serviços de saúde (McKee e Healy, 2002).

O sistema de saúde português padeceu, ao longo dos anos, de diversas reformas no sentido de melhorar o sistema e acompanhar as necessidades da população. Mais recentemente, tem-se assistido à tomada de medidas que vão ao encontro de um maior rigor, impostas pelas restrições orçamentais, e implementado um conjunto de novas medidas de contenção da despesa e políticas que visam o aumento de eficiência de modo a controlar a despesa no sector (Paulo, 2010).

Assim, com o rápido aumento dos gastos e da procura por serviços de saúde, torna-se crucial responder, eficientemente, às reais necessidades da população. No entanto, de acordo com Serota (2002) e Wechsler (2002), diversos peritos no âmbito da saúde, consideram que manter a prestação de serviços de saúde de elevada qualidade e tornar esses mesmos serviços a preços acessíveis à comunidade é algo complexo.

Ao longo dos vinte e cinco anos que decorreram entre 1980 e 2005, os gastos totais em saúde *per capita*, avaliados em dólares americanos, padronizados internacionalmente por paridade de poder de compra (PPC) praticamente quadruplicaram, aumentando de 674 para 1813 (Eco-Santé, 2007). A importância relativa dos gastos totais em saúde (públicos e privados) medida no Produto Interno Bruto (PIB), passou de 6,2% para 10,2% em 2005, correspondendo ao quarto valor mais elevado na União Europeia (UE). A fracção pública referente a estes gastos não cessou o seu aumento, passando de 65,5% em 1990, para os 72,0% em 2004 (Campos, 2008).

De acordo com Campos (2008:26), centrando a análise nos últimos dez anos do século XX, *“a despesa em saúde aumentou, em termos reais (deduzida da componente derivada da inflação), a um ritmo médio anual de 5,3%”,* enquanto que *“no mesmo período, o crescimento anual da economia portuguesa foi de 2,4%”*.

De acordo com os dados publicados pela Comissão Europeia, previa-se para Portugal um aumento em 1,9 p.p. do PIB da despesa em saúde até 2006 (7,2%<sup>1</sup> em 2007), colocando grandes desafios no que respeita ao financiamento dos cuidados de saúde (Paulo, 2010).

A procura dos serviços de saúde tem aumentado exponencialmente em Portugal. A título de exemplo, em 2006 foram admitidos nas urgências dos hospitais portugueses cerca de 6,5 milhões de

<sup>1</sup> Assume o valor de 2007 igual a 2006, pois a OECD *Health Data* 2010 apenas tem dados até 2006 para Portugal (Paulo, 2010).

pessoas. A este número, podem ainda acrescentar-se os 5,5 milhões de pessoas que recorreram aos Serviços de Atendimento Permanente (SAP), prevendo-se o aumento de internamentos hospitalares e atendimento a nível ambulatorio na próxima década (Rahtz *et al.*, 2004).

Os sistemas de saúde, quaisquer que eles sejam e independentemente de países ou sociedades, têm como objectivo primário melhorar o estado de saúde da respectiva população devendo, para o efeito, colocar à disposição dos mesmos serviços adequados.

Deste modo, a prestação de serviços de saúde, resultando de uma articulação óptima entre os recursos financeiros, humanos e materiais, deve almejar ser eficiente, eficaz e efectiva (Furtado, 2008). Para tal, é fundamental a implementação e reestruturação de programas de saúde e a alocação de recursos em diferentes programas e serviços (Merkle, 2002; Rahtz *et al.*, 2004).

A contínua readaptação dos sistemas de saúde é, cada vez mais uma necessidade, o que numa sociedade cada vez mais exigente com a qualidade dos serviços que lhe são prestados, só se alcança através de uma efectiva participação da população (Andrade, 2008).

A participação comunitária é um aspecto fundamental na vida cívica e da tradição democrática. O envolvimento dos cidadãos em diversas actividades económicas e culturais reflecte as suas expectativas e aspirações que surgem naturalmente na sociedade humana. O conceito de participação enfatiza que deve ser dada voz às pessoas nos processos de desenvolvimento e de tomada de decisão, no acesso aos recursos e ao conhecimento proveniente desse processo de desenvolvimento assim como acesso aos benefícios por ele alcançados (Ornelas, 2003). É neste sentido que surge a avaliação da satisfação dos utentes, a qual assume grande importância para a identificação de lacunas e aprimoramento dos diversos programas e serviços de saúde públicos.

A expressão *Qualidade de Vida* (QV) é, hoje em dia, utilizada frequentemente, quer ao nível da linguagem comum, quer ao nível do discurso teórico, sendo um tema central em todas as análises e políticas de planeamento e de gestão de saúde.

A avaliação de QV tem sido fortemente valorizada nas últimas décadas, em função da necessidade de se conhecer os resultados da implementação de intervenções sobre o estado de saúde, principalmente no domínio da funcionalidade e bem-estar, e de avaliar a eficiência da aplicação dessas intervenções (Lima e Portela, 2010). Os mesmos autores acrescentam, ainda, que a utilização de índices para a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido objecto de interesse, tanto por parte dos profissionais de saúde (para o acompanhamento de resultados de intervenções), como por parte dos gestores de saúde na consideração do próprio estado de saúde da população e na selecção de tecnologias, incluindo mecanismos de organização do sistema de saúde que podem impactar mais eficientemente o perfil de saúde vigente (Hays e Anderson, 2000; Revicki, 1993).

Segundo Merkle (2002), os modelos de gestão de saúde auxiliam os gestores de saúde a minorar as ineficiências do sistema e alocar recursos apropriados de forma eficaz. Em sequência da necessidade de um modelo de gestão de saúde eficaz, Rahtz e Sirgy (2000) desenvolveram um modelo nos serviços de saúde da comunidade, com vista à sua aplicação nos Estados Unidos da

América (EUA). O referido modelo tem como objectivo avaliar a satisfação com os serviços e programas de saúde comunitários, a qual é realizada pelos consumidores dos cuidados de saúde. É caracterizado por ser um modelo hierarquizado *Bottom-up*, teoricamente, fundamentado no facto de que a satisfação dos utentes com os serviços de saúde individuais (SICS) na sua comunidade afecta a sua satisfação global com os serviços comunitários de saúde (SCCS), que por sua vez, afecta a qualidade de vida da comunidade e satisfação com a vida (SV).

A realização do presente estudo surgiu a partir da adaptação da extensão do modelo de Rahtz *et al.* (2004), o qual defende que a SV está funcionalmente relacionada com satisfação com os diversos domínios e sub-domínios da vida (trabalho, família e comunidade), sendo agregados numa perspectiva “*bottom-up*” (Andrews e Withey, 1976; Campbell *et al.*, 1976; Diener, 1984; Rahtz *et al.*, 1989; Rahtz e Sirgy, 2000; Sirgy, 2001, 2002).

A pertinência da problemática em estudo reside na necessidade de avaliar e compreender a SCCS e a qualidade de vida comunitária (QVC), numa fase de alterações económicas, políticas e sociais. Deste modo, numa altura em que são exigidos padrões elevados de qualidade aliados a políticas economicistas, torna-se cada vez mais necessária uma reflexão sobre a SCCS e a QV dessa mesma comunidade.

Tal como referido anteriormente, este estudo incide nos programas e serviços de saúde unicamente públicos (hospitalares e cuidados primários), uma vez que se verifica a predominância da utilização de serviços de saúde públicos. De acordo com o Centro de Estudos Territoriais (2009), a maioria da população portuguesa continua a recorrer a serviços públicos (64%), sendo escassa a percentagem daqueles que apenas utilizam serviços privados (11,4%).

Desta forma, a presente investigação tem como objectivo geral:

1. Relacionar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos com a qualidade de vida comunitária.

Como objectivos específicos de investigação, traçaram-se os seguintes:

1. Avaliar a satisfação individual com os cuidados de saúde;
2. Analisar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos;
3. Comparar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar e a importância da satisfação comunitária com os mesmos cuidados;
4. Relacionar a satisfação individual com os cuidados de saúde públicos e a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos;
5. Identificar quais os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar que contribuem para a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos;
6. Avaliar a percepção de qualidade de vida comunitária;
7. Relacionar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária;



8. Relacionar os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar associados à satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos com a qualidade de vida comunitária;
9. Comparar a importância do estado de saúde individual com a satisfação pessoal com o estado de saúde;
10. Analisar a relação entre qualidade de vida comunitária e satisfação pessoal com o estado de saúde;
11. Relacionar a qualidade de vida comunitária com a idade.
12. Relacionar a qualidade de vida comunitária e a remuneração mensal.

Com base na problemática e nos objectivos desta investigação, o presente trabalho foi estruturado em sete capítulos. Assim, o enquadramento teórico inicia-se pelo capítulo 2, onde se realiza uma abordagem sobre a QV, focando a origem e definição do conceito, tal como a vertente QVRS e a avaliação da QV na sua globalidade. O terceiro ponto é dedicado ao conceito satisfação dos utentes com os programas e serviços de saúde públicos, respectiva importância da avaliação da satisfação dos utentes e o seu papel como indicador de qualidade dos cuidados de saúde. O modelo de Rahtz e Sirgy (original e extenso) constitui o quarto capítulo.

Relativamente à metodologia de investigação, que corresponde ao quinto capítulo, engloba como sub-capítulos: paradigma, tipo de estudo, selecção do terreno de pesquisa, população/ amostra, caracterização das variáveis em estudo, hipóteses de investigação, instrumento de colheita de dados, consentimento informado e processamento dos dados.

No sexto capítulo é realizada a apresentação e discussão dos resultados, ou seja, é efectuada a caracterização da amostra em questão e análise dos dados colhidos para testar as hipóteses previamente estabelecidas.

Por fim, o sétimo ponto que inclui as conclusões, sugestões para futuras investigações, e limitações do estudo. O oitavo capítulo corresponde às referências bibliográficas.

## 2. QUALIDADE DE VIDA

A QV surgiu numa época em que se dava principal ênfase ao ponto de vista subjectivo do utente, onde crescia o grau de insatisfação em relação aos tratamentos médicos (1960 e 1970), assim como um esforço progressivo por parte dos profissionais de saúde em prolongar a vida do doente, sobrevalorizando, muitas vezes, necessidades humanas básicas como o bem-estar e a autonomia (Twycross, 2001).

A QV é, frequentemente, associada ao bem-estar psicológico e social em geral, representando uma realidade extremamente ambígua e ampla, que vai para além da mera condição física e inclui outros aspectos importantes da vida humana. No entanto, note-se que a QV é um conceito mais abrangente, constituindo um indicador utilizado para medir estados de saúde (Osoba, 1991; Ware, 1991).

Segundo Coelho (2002), o conceito de QV suscitou interesse inicialmente nas áreas de oncologia, cardiologia e psiquiatria, expandindo-se, progressivamente, a todas as áreas médicas. Assiste-se, assim, a um crescimento exponencial da actividade científica, tornando-se, deste modo, numa *“dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde”* (Ribeiro, 1994:183).

### 2.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Desde a época de Hipócrates (séc. IV A.C.) que a preocupação pela QV está implícita em vários escritos que a ele fazem referência. Uma das referências mais antigas é a de Aristóteles (384-322 A.C.), que escreveu:

*“Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada (...) entende “vida boa” ou “estar bem” como a mesma coisa que “ser feliz”. Mas o que é entendido como felicidade é discutível (...) uns dizem uma coisa e outros, outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade, quando está pobre felicidade é a riqueza”*

(Fayers e Machin, 2000: 234).

Em 1934, Roberts propôs um gráfico onde era representada a “saúde geral” (grau de felicidade e conforto de um doente) ao longo do tempo. Uma abordagem semelhante foi proposta por Carlens em 1970, usando a expressão “qualidade de sobrevivência” (Pimentel, 2006).

Durante os anos 50 e início dos anos 60, devido ao crescente interesse pelo bem-estar humano e a preocupação pelas consequências do processo de industrialização da sociedade, surgiu a necessidade de medir esta realidade por critérios e dados objectivos. As ciências sociais tiveram um papel fundamental neste processo, pois iniciaram o desenvolvimento de indicadores sociais de tipo estatístico que permitissem mensurar dados relacionados com o bem-estar de uma população (Manso e Simões, 2007).

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), datada de 1948, já é algo muito próximo de uma definição de QV, sendo uma das primeiras a dar grande importância a três grandes dimensões num contexto de doença: física, mental e social (Fayers E Machin, 2000).

O conceito de QV, pela sua utilização frequente, tornou-se numa preocupação universal de tal modo que actualmente *“faz parte da linguagem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta”* (Ribeiro, 2003:105). É uma temática que varia de contexto para contexto e que desperta o interesse de muitos investigadores, tomando um papel essencial nos estudos clínicos e representando a sua avaliação uma cotação/grau de satisfação relativamente à vivência do dia-a-dia de cada indivíduo.

A QV é uma dimensão complexa para ser definida e a sua conceptualização, ponderação e valorização têm vindo a sofrer uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, as suas diferentes culturas, prioridades e crenças (Ribeiro, 2003). De acordo com Bowling (1995), a QV tem sido alvo de muitas definições ao longo dos anos, por diferentes autores, diferentes abordagens e pela sua aplicação em áreas distintas (ciências médicas e sociais, economia da saúde, promoção da saúde, geografia, literatura, filosofia e direito), sendo um conceito amorfo que abrange de forma multidimensional todos os aspectos da vida de um indivíduo.

A popularização da expressão QV deu-se após a Segunda Guerra Mundial, quando os políticos nos anos sessenta introduziram esta expressão nos seus discursos e os governos das sociedades ocidentais procuraram estabelecer o bem-estar das populações. Esta expressão foi empregue pela primeira vez pelo Presidente dos EUA\_ Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar *“(...) os objectivos não podem ser medidos através da balança dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”* (Abrams, 1974).

O conceito QV teve origem num movimento dentro das ciências humanas e biológicas que pretendia valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida (Diogo, 2003) e sustenta-se nos direitos básicos individuais, desenvolvidos durante os últimos três séculos e há muito aprovados solenemente pelas Nações Unidas (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1997).

As raízes formais do conceito QV foram atribuídas ao relatório da *Commission on National Goals* da responsabilidade do presidente Dwight Eisenhower (em 1960), que referia como objectivos da nação

um número considerável de indicadores sociais e ambientais de QV e bem-estar. A partir da década de 60, aumenta o número de investigações sobre níveis de QV, surgindo expressões como bem-estar, condições de vida e QV, envolvendo conteúdos de satisfação, felicidade, entre outros (Pimentel, 2006).

A QV surge na literatura médica em 1960, na sequência da utilização da expressão pelos políticos, começando a ter um papel preponderante na medicina.

A ligação do termo QV ao estado de saúde decorreu da clássica definição de saúde, feita em 1948, pela Constituição da OMS como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença*. Esta definição implicou que as iniciativas de promoção de saúde deixassem de ser apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento de esperança de vida, mas igualmente ao bem-estar e à QV.

Assim, ter QV não é apenas ter uma boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde se vive, com a família, amigos e outras pessoas significativas que o rodeiam. Não obstante, o estudo efectuado por Abrunheiro (2005) vem enfatizar o referido anteriormente, afirmando a existência de associação positiva significativa entre a QV e o factor satisfação com a família/vida familiar.

A QV passa também por ter estilos de vida saudáveis, cuidar de si, ter capacidade para realizar as actividades do dia-a-dia, ter tempo para actividades de lazer (hobbies; passatempos) e para outros hábitos que o façam sentir bem e realizado.

É de ressaltar que a QV não pode ser medida através de indicadores objectivos, na medida em que se trata de uma experiência subjectiva, o que implica que a melhor pessoa para avaliar a QV seja, indiscutivelmente, o próprio indivíduo (Gil, 1998).

Actualmente, segundo Simões *et al.* (2001), a QV das pessoas é uma preocupação proeminente de educadores, psicólogos, políticos, activistas dos direitos do homem. São, de facto, vários os exemplos das ciências que têm demonstrado interesse neste conceito, desde a filosofia, a sociologia, a economia, a psicologia, a medicina e a enfermagem.

## 2.2 DEFINIÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

O conceito QV remonta à antiguidade, o qual sofreu ao longo dos anos, várias transformações. Tal como sintetiza Buarque (1993:157), “(...) talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que qualidade de vida. Talvez nenhum seja mais moderno do que a busca da qualidade de vida”.

Actualmente a expressão QV está amplamente divulgada na linguagem corrente, na literatura científica e nos meios de comunicação social, sem contudo existir unanimidade acerca do seu verdadeiro significado. Apesar da extensiva utilização do termo, existe uma grande ambiguidade conceitual e teórica na sua definição (Thompson e Haran, 1998).

A complexidade da definição é, igualmente, devida à ausência de critérios ou elementos unificados a serem considerados. Assim, dependendo da bibliografia a que se recorre, a análise da QV tomará diferentes facetas ou dimensões (Perez *et al.*, 2001).

De acordo com Bowling (1995), o conceito de QV tem sido alvo de numerosas interpretações ao longo dos anos por diferentes autores, diferentes abordagens e pela sua aplicação em diversas áreas distintas. Existe, contudo, o consenso de que a QV é um constructo multidimensional, assim como uma experiência subjectiva e pessoal, que procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano (Serra, 2010; Clipp, 2001).

Lawton (1991) considera que referências à expressão “boa vida”, com noções de bem-estar material, corporal e espiritual, surgiram na literatura americana muito antes do conceito de QV se tornar o termo mais comum. Assim, enquanto o termo “boa vida” projecta uma imagem positiva da existência, o termo QV refere-se a uma avaliação subjectiva, por parte do indivíduo, ao longo de um contínuo.

Com base na OMS (1998), a QV consiste num conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente. Concretamente, a QV compreende, simultaneamente, aspectos objectivos (incluem a funcionalidade, a interacção do indivíduo com o meio, nas suas vertentes social, física emocional ou intelectual) e aspectos subjectivos (percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e da sua própria saúde) (Levine e Croog, 1984; Ribeiro, 2001).

De facto, tanto os aspectos objectivos como os subjectivos são importantes, sendo que a QV reflecte, tanto as influências macro-sociais, como influências sociodemográficas, características pessoais e preocupações dos indivíduos. Sendo a QV algo subjectivo, é dependente da interpretação e percepção do indivíduo (Ziller, 1974). Assim, a definição e medição da QV deverá procurar reflectir a subjectividade e instabilidade individual do conceito e, simultaneamente, ter em conta as circunstâncias sociais.

O parágrafo anterior ressalta o facto de que a QV deve ser avaliada a partir da percepção do utente, ao invés de ser medida a partir da percepção do clínico (Clinch e Schipper, 1993). King (1998) encontrou, igualmente, diferenças significativas entre a percepção dos enfermeiros e dos utentes. Assim, pode-se concluir que a QV é aquilo que o indivíduo diz que é, e só pode ser de facto avaliada pelo próprio (Otto, 2000).

Birren e Dieckmann (1991, citado por Jette, 1993), definem QV de uma forma geral, o qual abrange muitas características do envolvimento social e físico, assim como da saúde e estados internos do indivíduo.

Segundo a OMS (1995), a QV consiste na percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura, sistema de valores nos quais este está inserido em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Na óptica de Ribeiro (2001:79), a QV constitui a “(...) *diferença entre as expectativas pessoais e a experiência actual (...)*” de cada indivíduo. Assim, a QV é pois um conceito dinâmico, alterando-se de acordo com o tempo e as situações vivenciais, ou seja, com a experiência e as vivências que cada indivíduo vai tendo ou adquirindo ao longo do tempo (Duarte, 2002; Santos, 2002).

Pires *et al.* (1998) defendem que a QV diz respeito ao modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano, envolvendo a saúde, educação, transporte, residência, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito determinam como vive o mundo. Estes acrescentam ainda que compreende situações extremamente variadas, como anos de escolaridade, atendimento digno em casos de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada.

A definição mais completa e, sobre a qual o presente estudo se vai reger, atribui-se à OMS, proposta em 1993. Esta decreta que a QV corresponde à:

*“(...) percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio”*

(Pimentel, 2006:22).

Ao encontro do supracitado, Green e Kreuter (2005, citados por Lameiro e Miranda, 2010) e a OMS (1998), definem QV como a percepção de indivíduos ou grupos de que as suas necessidades se encontram a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para conseguirem a felicidade e a plenitude, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas. A QV é relativa e específica para cada ser humano, no entanto, há algo que a torna comum a qualquer um - a felicidade que gera. Para uns, a felicidade está na experiência laboral que encontram, para outros nos rendimentos que gera, assim como na vivência em família.

Em suma, inerente à QV, encontram-se três características principais de QV partilhadas pelas diversas correntes: a subjectividade, a multidimensionalidade (inclui pelos menos três dimensões ou domínios: físico, psicológico e social). A QV surge, igualmente, como um conceito dinâmico que reflecte os valores à medida que mudam com as experiências de vida (Bowling e Gabriel, 2004; Grant e Rivera, 1998).

## 2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

No início do século XX, a saúde era considerada apenas como um estado de ausência de doença. Quando, em 1948, foi fundada a OMS, a definição de saúde passou a ser estabelecida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença (Canavarro e Serra, 2010).

Segundo Ortiz (1990), existem dois tipos de QV que guardam entre si uma relação de complementaridade: a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e a QV não relacionada com a saúde. Para distinguir entre QV com um significado mais genérico, da QV que mais se relaciona com a doença e a prática da medicina, usa-se a expressão “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (Fayers e Machin, 2000). A QV das pessoas em geral, estejam ou não doentes, caracteriza-se por abranger todos os domínios de vida das pessoas, enquanto que a QVRS refere-se especificamente à QV das pessoas que por qualquer razão, estão associadas ao sistema de cuidados, sendo o seu elemento central a saúde (Ribeiro, 1998). No presente estudo, o conceito adoptado foi o de QV, uma vez que não se pretende obter uma perspectiva da QV da população do concelho de Tomar, independentemente de estes estarem se encontrarem doentes ou não.

O conceito de QVRS, é um conceito mais específico e mais recente que o conceito de QV. A aplicação do conceito da QVRS só se começou a tornar popular na investigação em saúde a partir da década de 80 (Santos, 2002), e em grande parte ficou a dever-se ao facto de ter havido um grande crescimento e desenvolvimento tecnológico da medicina e de outras ciências afins que trouxeram “*como consequência negativa a sua progressiva desumanização*” (Duarte, 2002:8). O conceito QVRS começou a desenvolver-se com vista à valorização de parâmetros mais amplos, para além da diminuição da mortalidade ou do aumento da esperança de vida.

Deste modo, a QV rapidamente se transformou, de forma crescente, num objectivo prioritário dos serviços de saúde, paralelamente à prevenção de doenças, efectivação da cura e alívio de sintomas ou prolongamento da vida humana (Ferreira, 1994).

A QV também ganhou importância no âmbito da gestão da saúde, nomeadamente, na escolha dos tratamentos com a mesma eficácia clínica e na comunicação entre os profissionais e os doentes (Bowling, 1997).

Num dos estudos mais relevantes sobre a QV, realizado por Campbel, Converse e Rodgers, constatou-se que a saúde era a variável que melhor explicava a QV (Ribeiro, 1998). De acordo com Ribeiro (1998), uma das relações entre estes dois conceitos é a de que a QV é o objectivo e a saúde é o objecto de intervenção. Assim sendo, intervindo sobre a saúde melhora-se a QV. Este, acrescenta que a QV é um conceito mais abrangente que o de saúde, sendo a saúde entendida como um dos recursos pessoais dos indivíduos e um dos indicadores que permite mensurar a QV.

Parafraseando Chantal (2001), quanto maior a saúde, melhor é a QV e, quanto maior for a QV, melhor deverá ser a saúde, aditando que, apesar de aparentemente contraditórias, estas duas afirmações são verdadeiras, o que revela a complexidade desta temática.

A QVRS é definida como níveis óptimos de função mental, física e de desempenho (como por exemplo no trabalho, na carreira, entre outros) e função social, incluindo relações de amizade, percepção de saúde (aptidão física, SV e bem-estar). Inclui igualmente o grau de satisfação dos utentes com o tratamento, os resultados de saúde e perspectivas futuras e é distinto da QV como um todo, já que deveria igualmente incluir a adequabilidade da habitação, rendimento e meio envolvente (Bowling, 1998).

## 2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL

A QV diz respeito à capacidade de funcionamento de uma pessoa no seu dia-a-dia e a forma como esta compreende o seu bem-estar, razão pela qual as medidas de avaliação de QV têm assumido um papel fundamental nos estudos clínicos (Hays *et al.*, 1998), utilizando para tal a aplicação de valores (usualmente numéricos) de modo que representem quantidades, qualidades ou categorias de atributos (Wilkin *et al.*, 1993).

A metodologia usada para a avaliação da QV difere em função do que se pretende mensurar: a própria experiência subjectiva do utente e a obtida pela avaliação de um observador, usualmente um profissional de saúde. Contudo, a avaliação subjectiva (auto-avaliação) e a objectiva (metodologia de observação e avaliação externa) nem sempre reúnem resultados concordantes (Capitan, 1996; Bowling, 1994), pois o estado de saúde percebido pelos próprios utentes, nem sempre corresponde aos dados fornecidos pelos parâmetros biomédicos utilizados na sua avaliação clínica.

Na perspectiva de Amorim (1999), para além de considerarem as medidas exclusivamente objectivas, os profissionais de saúde devem, igualmente, ter em consideração o parecer relatado pelo próprio utente, as suas queixas e sentimentos. Não obstante, Ribeiro (1994) considera que será este acrescentar de informação, o maior avanço que se observará neste âmbito.

Segundo López *et al.* (1996), ao construir-se um instrumento de avaliação da QV, pretende-se que este seja considerado válido na prática diária e que abarque todas as dimensões, constituindo este um ponto de confluência entre as ciências médicas, psicológicas e sociais.

Na perspectiva de Capitán (1996), a avaliação da QV é passível de ser efectuada através de vários instrumentos, entre eles: o registo diário; as escalas lineares contínuas ou analógicas visuais (adequadas para avaliar determinados sintomas); o questionário e a entrevista. Os instrumentos supramencionados apresentam vantagens e desvantagens, no entanto, o questionário de auto-avaliação constitui a metodologia mais difundida, pois patenteia o método mais prático, eficiente e económico de obter informação por parte do utente (Rodriguez-Marin, 1994). De acordo com Amorim (1999), nos últimos vinte anos diversos questionários têm sido desenvolvidos, avaliando os



aspectos biomédico, psicológico e social, como tentativa de prover medidas de saúde fiáveis e válidas.

Alguns questionários, geralmente designados por questionários genéricos, avaliam a QV em qualquer doença ou condição médica, medindo parâmetros do estado de saúde e estudando múltiplas dimensões ou categorias (Amorim, 1999). Este dita, ainda, que além dos questionários genéricos, existem outros questionários mais específicos, os quais procuram a avaliação de aspectos concretos de uma determinada doença, áreas de funcionamento ou determinada população de doentes (Berzon, 1998; Ware, 1991).

O desenvolvimento de instrumentos de medida da QV foi, essencialmente, efectuado nos EUA e no Reino Unido e, apesar da maioria ter sido desenvolvido e testado em culturas de língua inglesa, têm sido amplamente traduzidos, aferidos e adaptados noutros países e culturas (Amorim, 1999).

O conteúdo das medidas de QV, tal como a nomenclatura utilizada e a forma de gestão, dependem dos valores culturais. Por sua vez, utilizar um instrumento validado para uma cultura diferente constitui uma estratégia eficiente, uma vez que desenvolver um novo instrumento é um processo complexo e moroso. No entanto, este processo deverá seguir uma metodologia que assegure um nível similar de validade, fiabilidade e sensibilidade, tendo em conta o contexto cultural da avaliação a efectuar (Alonso *et al.*, 1990).

A utilização generalizada de um determinado instrumento, possibilita obter informação de diferentes populações facilitando, assim, as comparações transculturais. A existência de instrumentos passíveis de aplicação transcultural para avaliação da QV, torna-se crucial numa era em que se amplia cada vez mais a colaboração internacional na investigação em saúde, quer se trate de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, economia da saúde ou investigação básica, em que a avaliação da QV de uma população é fundamental (Bullinger *et al.*, 1993).

Distinções têm sido feitas entre a qualidade de vida global (QVG), as distintas dimensões da QV (domínios) e os componentes que compõem cada dimensão (Arnold *et al.*, 2004). Segundo Arnold *et al.* (2004) e Suurmeijer *et al.* (2001), o modelo de QV de Spilker inclui a QVG e os diferentes domínios, bem como os diversos aspectos que compõem cada domínio.

O modelo de Spilker ostenta três níveis:

- Primeiro nível: a avaliação da QVG, a qual é definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar;
- Segundo nível: os domínios da QV, nomeadamente, o domínio psicológico, social e físico, que reflectem a QV satisfatoriamente, embora alguns estudos incluam também outros domínios, como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira;
- Terceiro nível: aspectos específicos de cada domínio.

De facto, a multidimensionalidade e complexidade do conceito de QV são apontados por muitos autores como os principais factores que convergem para as dificuldades da sua operacionalização (Friedman, 1997, Santos e Martins, 2002, Baker, 2003, Royuela e Artís, 2006,

Mohan e Twigg, 2007), salientando a importância de integrar os factores de diversa ordem e encontrar indicadores que permitam medir as percepções sociais de QV.

Apesar da ausência de consenso relativamente à definição e conteúdo operacional do conceito de QV, vários investigadores têm procurado desenhar indicadores para a sua medida. Royuela e Artís (2006) desenvolveram um índice compósito de QV integrando indicadores desagregados respeitantes aos aspectos materiais e imateriais relacionados com três componentes principais:

- *Oportunidades individuais de realização e progresso* - indicadores associados aos **rendimentos, situação profissional**, capital escolar, **saúde** e mobilidade, **satisfação com a vida**, entre outros.
- *Equilíbrio social* - indicadores relativos às desigualdades sociais: desigualdade de género, migrações, acesso à habitação, **serviços para os idosos e as crianças**, entre outros.
- *Condição de vida das comunidades* - indicadores relacionados com a disponibilidade, acesso e **satisfação com os serviços** e equipamentos, como habitação, transportes, educação, saúde, cultura, entre outros.

Santos e Martins (2002) debruçaram o seu trabalho sobre a QV na cidade do Porto, operacionalizando o referido conceito, através da construção de um conjunto de indicadores associados a quatro grandes domínios:

- *Condições ambientais* - integrando valores associados aos aspectos naturais e biofísicos.
- *Condições materiais colectivas* - englobando indicadores relacionados com os equipamentos e infra-estruturas relativos às condições de vida colectiva (cultura, desporto, ensino, saúde, assistência social, transportes, comércio e serviços).
- *Condições económicas* - indicadores das condições individuais associados ao rendimento e consumo, mercado de trabalho, habitação, dinâmica económica.
- *Condições sociais (ou sociedade)* - incluindo valores relacionados com as relações de sociabilidade, bem como com as escolhas individuais e participação cívica.

Pode-se constatar que, na perspectiva de Santos e Martins (2002), QV está relacionada com a auto-estima e o bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-económico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive (Velarde e Avila, 2002; Isang *et al.*, 2004; Bowling *et al.*, 2003).

De acordo com o Centro de Estudos Territoriais (2009:105), *“ter mais dinheiro, mais saúde/melhor acesso a cuidados de saúde e arranjar trabalho ou mudar de emprego constituem os ingredientes, no contexto actual da sociedade portuguesa, que, segundo os inquiridos, potenciariam um aumento da qualidade de vida”*. Estes acrescentam que se trata de factores que correspondem a necessidades do “Ter”, estreitamente relacionadas com necessidades físicas e de recursos, cuja não satisfação compromete as condições e a QV.

### 3. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS

As pesquisas sobre a satisfação relativamente aos cuidados de saúde tiveram início em meados dos anos 50 do século XX e foram realizadas por sociólogos como Parsons, Szasz e Hollender. Estes basearam os seus trabalhos na interacção médico-doente, sendo a satisfação dos utentes dos serviços de saúde entendida como a continuidade dos cuidados ou como a intenção de seguir o tratamento prescrito (Sepúlveda, 1998).

A evolução social ocorrida nos anos 60 e 70 do século XX, veio aumentar o envolvimento dos consumidores em todas as formas da vida social, particularmente na área da saúde. Os cidadãos começaram a tomar consciência da importância da sua participação no planeamento e avaliação dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Com o crescente interesse e pesquisa que a satisfação dos utentes suscitou, já nos anos 60 do século XX, Balint *et al.* (1993) salientavam a importância que revestia o conhecimento das necessidades e desejos dos utentes de saúde no seu modelo da relação médico-paciente. Tal interesse veio ampliar outras dimensões, nomeadamente, as que se prendem com a avaliação dos utentes face aos cuidados recebidos, tendo em vista melhorar a qualidade da prestação e, simultaneamente, a própria imagem dos serviços de saúde (Filho, 1990).

Nos anos 80, a satisfação dos utentes começou a ser vista como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde, incluída no âmbito da qualidade dos cuidados. Donabedian (1980) considera que a qualidade é um elemento essencial na avaliação dos cuidados prestados, particularmente, no que diz respeito ao resultado. O produto resultante deste processo de avaliação consiste na modificação do estado de saúde actual ou futuro (ganhos em saúde) que pode ser atribuída aos cuidados de saúde prestados e à satisfação que os utentes demonstram com os cuidados de que foram alvo.

Assim, a avaliação da satisfação do utente traz benefícios para os profissionais e gestores de saúde, visto que permitem a identificação de áreas potenciais dos serviços que carecem de melhorias, bem como otimizar os gastos em saúde através do planeamento e avaliação baseada na percepção dos utentes.

#### 3.1 DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE SATISFAÇÃO

O termo satisfação tem a sua proveniência etimológica do latim *satisfactio*, que exprime a ideia do acto de satisfazer ou satisfazer-se, significando saciedade, alegria, sentimento de agrado,

aprazimento ou ainda o sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera e/ou deseja do bom êxito de qualquer actividade (Dicionário da Língua Portuguesa, 2005).

O conceito de satisfação, embora tenha sido alvo de abordagem de vários autores, mantém uma forte componente subjectiva, assumindo diferentes significados em contextos diferentes. Assim, é um conceito dinâmico, com forte valor cultural, estando sujeito a constantes alterações (Alves, 2007).

Donabedian (1988) equaciona a satisfação como um fenómeno relevante no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde e, para ele, a satisfação pode ter um triplo sentido:

- Como um aspecto associado com o bem-estar do utente, traduzindo-se a satisfação num resultado desejado da prestação de cuidados e não apenas como uma mera alteração das suas funções psico-fisiológicas;
- Como um *input*, uma vez que apenas a satisfação pode contribuir decisivamente tanto na implementação, como na efectivação dos cuidados, pois a prestação de cuidados não é algo estático, mas implica um processo activo e uma postura participativa do prestador e do utente;
- Como um *juízo* por parte do utente face à qualidade dos cuidados recebidos, sobretudo na área interpessoal onde este exerce um juízo supremo.

Howard e Sheth (1968, citado por Alves, 2003:117), referem-se à satisfação como “*uma continuação das expectativas*”. Outros acreditam que a satisfação do consumidor está directamente associada a uma resposta emocional e a um estímulo gerado pela apropriação de um bem ou serviço (Westbrook, 1983; Day, 1983; Hunt, 1977 citado por Alves, 2003). Não obstante, Lamier (1974, citado por Alves, 2003) acrescenta que, os níveis de satisfação, podem ser: funcional, sensorial e psico-sociológica. Segundo Alves (2003), a satisfação do cliente pode ser tanto um estado emocional, como uma verificação, cuja finalidade se funde na utilidade obtida do bem ou serviço considerado.

Clearly e McNeil (1988) definem satisfação como a reacção do utente aos aspectos dos cuidados recebidos, ressaltando elementos subjectivos associados à sua experiência, que mede a avaliação cognitiva e a reacção emocional à estrutura, processo e/ou resultados dos cuidados. Segundo Monteiro (1991), a satisfação pode significar uma atitude do utente face ao sistema de saúde em geral, a reacção face a um estabelecimento, a um comportamento do prestador ou a avaliação pessoal perante uma experiência concreta da prestação de cuidados.

O conceito de satisfação pode ser encarado, por um lado, como uma atitude, uma resposta efectiva, relacionada com os atributos da prestação de cuidados e com a avaliação que o utente efectua relativamente a esses atributos. Por outro lado, a satisfação pode, igualmente, ser vista como uma reacção emocional que espelha o quanto o utente apreciou ou não o serviço que recebeu (Duarte, 2000). Contudo, a satisfação não é apenas uma atitude, mas, simultaneamente, uma

emoção e sentimento, passível de ser verbalizado e quantificado através de uma opinião (Graça, 1999).

### 3.2 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Apesar da dificuldade sentida na definição de satisfação do utente, predomina o consenso de que esta é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pois deve reflectir a relação entre profissional de saúde/utente, mesmo que esta relação se baseie em atitudes, crenças, valores ideológicos ou éticos dos indivíduos.

A OMS (1998) defende que a qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde deve ser avaliada tendo em conta a perspectiva do utente, uma vez que estes são elementos participativos nos cuidados de saúde. De acordo com Campos (2008), a qualidade dos cuidados, antes passivamente aceite pelos utilizadores, começou a ser questionada. Em 2007, um estudo efectuado por Zee e Kroneman (2007, citado por Campos, 2008), relativo aos anos de 1996, 1998 e 1999, colocava Portugal num dos últimos lugares da UE, em termos de percentagem da população que se declara muito ou razoavelmente satisfeita, seguindo-se a Grécia e a par de igualdade a Itália.

Cada vez mais o utente deve ser tratado como cliente, com direito a ter uma voz no processo de prestação de cuidados, comportando-se como um consumidor, ao invés de um receptor passivo dos cuidados de saúde prestados. Assim, para que os utentes apresentem este comportamento, é necessário ter em conta três importantes factores: a existência de um parecer por parte do cliente; a crença do consumidor na legitimidade da sua opinião e a disposição do paciente em se comprometer na expressão da sua opinião (Williams, 1994).

Em Portugal, a opinião do utente é validada em diversos diplomas legais, dos quais se destacam a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) que, na Base II, refere “os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes” e “é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e de planeamento e no controle do funcionamento dos serviços”. Na Base V consta que “é igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente”. Deste modo, a satisfação do utente é considerada um elemento fundamental na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde, pois cada vez mais se considera que “a informação a respeito da satisfação do doente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como para o planeamento, gestão e administração dos sistemas de cuidados de saúde”, uma vez que esta avaliação pode permitir detectar os “pontos fracos” deste sistema de saúde, que importa melhorar e corrigir (Lucas, 2002:23; Mezomo, 1993:18).

Nos últimos anos, verificou-se de forma generalizada, que as expectativas dos cidadãos relativamente aos cuidados prestados pelos serviços de saúde têm aumentado mais do que a capacidade de resposta dos próprios serviços. Segundo Varo *et al.* (1996:52) a “*discrepancia entre lo que se promete y lo que se da puede ser una fonte de insatisfacción para el usuário*”.

No entanto, Varo *et al.* (1996) consideram que existem outras causas para que tal aconteça, nomeadamente, o facto de ter ocorrido um aumento substancial da esperança média de vida e, por sua vez, o aumento da prevalência de doenças crónicas; o aumento progressivo da QV das pessoas, originando uma maior preocupação social relacionada com a saúde; e o crescente interesse da comunicação social com as questões da saúde, o desenvolvimento de novas técnicas e tratamentos. A comunicação social, tem de facto contribuído indirectamente para uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, uma vez que “*a informação proporcionada pelos média, pode gerar espontaneamente, novas necessidades*”, as quais têm de ser necessariamente satisfeitas, de forma a não aumentar a insatisfação dos utentes com os cuidados de saúde recebidos (Lucas, 2002:9).

Os cuidados de saúde são “*cuidados globais realizados para produzir mudanças no estado fisiopatológico e/ou psico-social dos indivíduos*” (Lucas, 2002:8). De acordo com Donabedian (1980), a avaliação da satisfação dos utentes com cuidados de saúde que lhes são prestados é, de facto, uma preocupação crescente. Este acrescenta que a satisfação dos utentes assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde, pois permite obter informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus utentes, que são autoridade última nesta matéria.

A preocupação com a avaliação dos serviços de saúde vem-se manifestando, entre outros factores, em consequência do envelhecimento da população portuguesa. No entanto, com o aumento dos custos na saúde, e principalmente com aumento de doenças crónico-degenerativas que acompanham o crescimento da população, torna-se importante que a avaliação em saúde esteja baseada nas necessidades da população, permitindo a melhoria da sua QV (Polizer e Innocenzo, 2006).

O nível de satisfação dos utentes assume grande importância, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importante determinante da adesão ao tratamento (Amaral, 2002). De acordo com Barlett *et al.* (1994), os utentes satisfeitos participam mais no tratamento e cooperam mais nos serviços, seguindo as orientações de tratamento. Ao encontro do supramencionado, Tahara *et al.* (1997:501) considera que “*os doentes satisfeitos são mais fiéis ao tratamento e os níveis de cumprimento afectam outros factores como: a própria saúde, a continuidade do tratamento, frequência e tempo de hospitalização*”.

Ferreira *et al.* (2003:26) afirma que “*há evidencia de que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos doentes*”. Assim, significa que os utentes estão mais insatisfeitos com os cuidados de saúde estão mais predispostos a não seguirem as indicações dos profissionais de saúde, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos,

podendo mesmo agravar o seu estado de saúde (devido à não continuidade dos cuidados de saúde) e, por conseguinte, a sua QV.

### 3.3 SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A avaliação da satisfação que os utentes percebem relativamente aos cuidados de saúde que lhes são prestados é, de facto, uma preocupação cada vez mais relevante. A sua avaliação assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que fornece uma visão realista acerca do sucesso dos prestadores de cuidados, em relação aos valores e às expectativas dos seus utentes, que são autoridade última nesta matéria (Donabedian, 1980).

Considerando a satisfação como um indicador de qualidade de cuidados de saúde, o utente vai proceder à avaliação dos cuidados de saúde que lhe foram prestados com base nos aspectos desejados dos próprios cuidados, assim como nas melhorias que este espera, relativamente ao seu estado de saúde (Alves, 2007).

De acordo com Melo (2005), os cuidados de saúde prestados aos utentes são influenciados pelos conhecimentos científicos, mas também por factores sócio-culturais e políticos, uma vez que encarar o utente como parceiro acarreta dar-lhe mais informação para este ter mais oportunidade de optar e envolver-se no seu próprio tratamento. Por conseguinte, os dados obtidos através da avaliação dos utentes só são úteis quando têm um papel activo de avaliação e de crítica, ou seja, só faz sentido avaliar se os utentes estão satisfeitos ou não, se os mesmos souberem com o que podem estar satisfeitos.

É através da avaliação da satisfação, que os utentes se tornam parte integrante do planeamento e modificação dos serviços de saúde, sendo que a melhor forma é inquiri-los (Alves, 2007). Na óptica de Paúl *et al.* (1999), a avaliação realizada pelo utente relativamente aos cuidados de saúde que lhe são prestados assume grande relevância, pois possibilita aos profissionais e gestores de saúde identificarem quais os serviços/programas com necessidades de reformulação e aperfeiçoamento. Porém, na área técnica, Alves (2007) refere que essa avaliação não deverá considerar-se como factor válido na avaliação da qualidade da técnica, pois os utentes não detêm os conhecimentos técnicos suficientes para avaliar e julgar da correcção e utilidade dos cuidados prestados, embora apreciem a sua importância.

Sendo os utentes, supostamente, capazes de fazer escolhas inteligentes relativamente à sua saúde e, se os profissionais de saúde detêm o monopólio da prestação de cuidados, torna-se um claro imperativo ético envolver os utentes nas avaliações da qualidade dos serviços de saúde. Não obstante, Paúl *et al.* (1999) defende que a satisfação do utente, ainda que não sendo sobreponível à noção de qualidade dos serviços, configura-se como um indicador precioso da qualidade em saúde.

De acordo com estudos efectuados, a satisfação está correlacionada com a adesão terapêutica, a continuidade dos cuidados e a melhoria do estado de saúde tal como ela é percebida pelo utente (Clearly e McNeil, 1988; MacIntyre e Silva, 1999; Amaral, 2002; Barlett *et al.*, 1994). Assim, os utentes com um nível de satisfação elevado são acompanhados durante um período de tempo maior por uma mesma estrutura ou consulta e visitam mais regularmente o médico e o hospital; da mesma forma, os utentes satisfeitos têm, com mais frequência, a intenção de serem seguidos pela mesma equipa de saúde (MacIntyre e Silva, 1999; Tahara *et al.*, 1997).

Com base no estudo efectuado por Ley (1988), 38% dos utentes referem estar insatisfeitos com os cuidados prestados a nível hospitalar. Em oposição, Negrão (2003:19) afirma que “*os pacientes internados nos hospitais têm um grau de satisfação mais elevado quanto aos cuidados que lhes são prestados*”. Relativamente aos cuidados de saúde primários, Raposo *et al.* (2009) apuraram que a satisfação dos utentes portugueses era de 60,887 numa escala de 1 to 100, o que espelha um nível médio de satisfação.

Estudos evidenciam que os utentes que recorrem aos serviços de saúde estão descontentes, com alguma frequência, com a qualidade e a quantidade de informação que recebem dos profissionais de saúde, reflectindo-se na sua satisfação. A maioria das investigações, até então realizadas, apontam para uma forte associação entre a quantidade de informação que o utente possui e o consequente nível de satisfação face à informação recebida. Ou seja, diversos estudos evidenciam a existência de uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes (Meehan, 1999; Melo, 2005; Neto *et al.* 2003; Oermann e Templin, 2000).

Ley (1988) menciona que, na maioria das vezes, os utentes sentem que não lhes foi dada informação suficiente. Segundo Alves (2007), a comunicação e a informação adaptadas às necessidades individuais, sociais e culturais dos utentes, exercem uma elevada influencia no bem-estar psicológico dos mesmos, isto é, na adaptação à doença, na satisfação com os cuidados de saúde, na redução da ansiedade, stress e na promoção do sentimento de segurança.

É da competência dos profissionais de saúde avaliarem com regularidade a satisfação dos utentes através da colaboração dos últimos, no sentido de aprofundar a qualidade técnica e relacional dos cuidados prestados, contribuindo para a satisfação das suas necessidades, de modo a haver ganhos efectivos em saúde e melhor QV (Alves, 2007).

Posto isto, pode referir-se que a satisfação com os cuidados aumenta a confiança dos utentes nos serviços de saúde, o cumprimento das orientações fornecidas, a adesão terapêutica, recurso ao mesmo serviço no futuro ou a sua recomendação a familiares ou amigos, elevando não só o estado de saúde geral dos utentes, como também a sua QVC.



## 4. MODELO DE QUALIDADE DE VIDA/CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE

A saúde é uma das áreas em que se verifica mais gastos e das mais importantes para os cidadãos. O seu peso no PIB tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas décadas e assim continuará, em grande parte, devido ao envelhecimento. O aumento dos custos decorrentes de avanços na ciência médica e nas novas tecnologias terão igualmente um papel decisivo e bem maior, ainda não quantificado (Dybczak e Bartosz, 2010).

Assim, torna-se cada vez mais necessário patentear novas formas de gestão e organização dos recursos, que permitam fazer chegar os melhores cuidados de saúde ao maior número de pessoas possível, a um custo suportável.

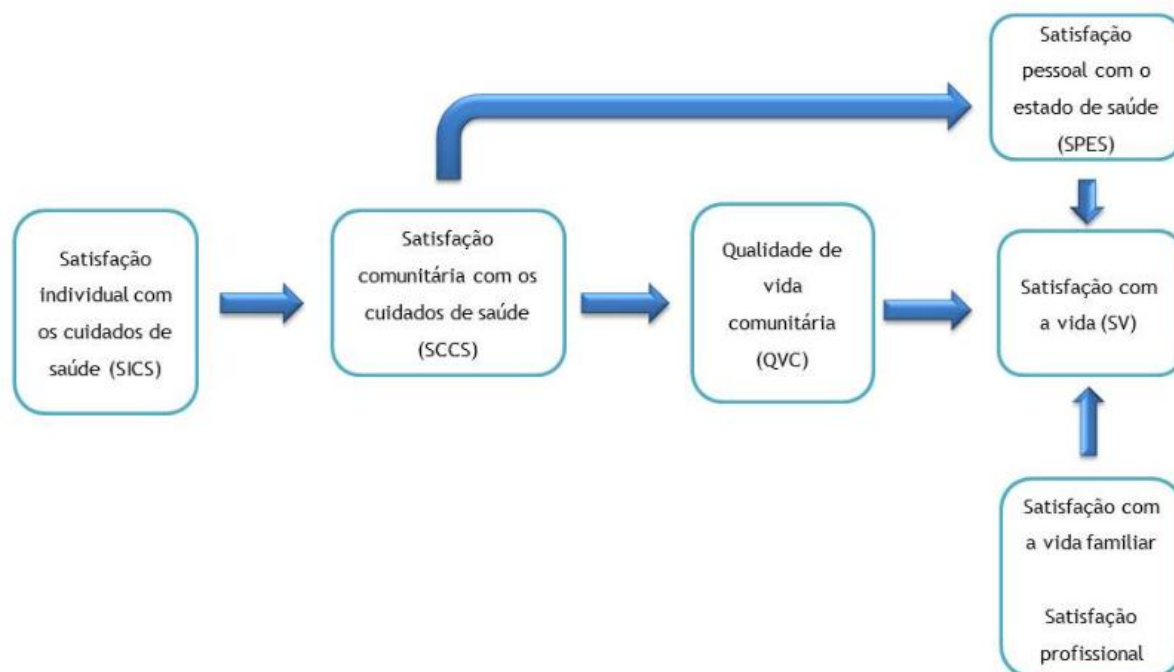
De acordo com Merkle (2002), os modelos de gestão de saúde constituem uma ferramenta essencial para os gestores de saúde a minorarem as ineficiências do sistema e alocar recursos apropriados de forma eficaz. Dada a necessidade de um modelo de gestão de saúde eficaz, Rahtz e Sirgy (2000) desenvolveram um modelo nos serviços de saúde da comunidade, com vista à sua aplicação nos EUA.

Sendo o modelo de qualidade de vida/ cuidados de saúde na comunidade a base do presente estudo, torna-se fundamental a sua exposição para a compreensão de toda a estrutura que suporta esta investigação. Deste modo, proceder-se-á a uma breve abordagem sobre o modelo original desenvolvido por Rahtz e Sirgy (2000), seguido da extensão deste modelo, isto é, o modelo pelo qual o estudo se irá reger.

### 4.1. MODELO ORIGINAL

O modelo original de qualidade de vida/cuidados de saúde na comunidade de Rahtz e Sirgy (2000) procura apurar a eficácia dos serviços de saúde na comunidade, através da satisfação percebida pelos utentes.

Este é um modelo de serviços hierarquizado *Bottom-up*, o qual sustenta que a satisfação individual com os serviços de saúde prestados na comunidade em questão, afecta a satisfação geral da comunidade com os serviços de saúde, o que, por sua vez, influencia a qualidade de vida da comunidade e a satisfação com a vida (figura 1).



**Figura 1** - Modelo original de qualidade de vida/cuidados de saúde na comunidade (Rahtz e Sirgy, 2004:171).

## 4.2 MODELO EXTENSO

O modelo extenso (figura 2) demonstra que a satisfação dos indivíduos da comunidade em estudo com os serviços/programas de saúde afecta a satisfação global com o sistema de saúde da comunidade, que, por sua vez, influencia a QV da comunidade e a SV (Rahtz *et al.*, 2004).

O modelo extenso amplia o original, introduzindo um conjunto de moderadores, baseando-se na noção de *saliência de domínio* (Rahtz *et al.*, 1989; Sirgy, 2002). Concretamente, o novo modelo pressupõe que a QV da comunidade tem uma influência significativa na SV, particularmente, indivíduos que apresentem um baixo grau de satisfação com o serviço/programas de saúde, rendimentos reduzidos e indivíduos mais velhos.

No novo modelo, a satisfação com a saúde pessoal com o estado de saúde é encarada como um moderador, ao invés de um mediador (Rahtz *et al.*, 1989; Sirgy *et al.*, 1991).

Segundo a teoria de *spillover bottom-up* em estudos de QV, SV está funcionalmente relacionada a um dos domínios e sub-domínios da SV (André e Withey, 1976; Campbell *et al.*, 1976; Diener, 1984; Rahtz *et al.*, 1989; Rahtz e Sirgy, 2000; Sirgy, 2001, 2002). Por outras palavras, a SV do indivíduo é influenciada pela satisfação do mesmo com os vários domínios da vida tais como trabalho, família e comunidade. A satisfação do indivíduo com um domínio da vida, por exemplo, a QVC é, por sua vez, afectada por preocupações específicas no domínio da vida (por exemplo, a SCCS) (Rahtz *et al.*, 2004).

Com base nas noções teóricas de *spillover*, a SV está, funcionalmente, relacionada com satisfação com os diversos domínios e sub-domínios da vida e hierarquizado *bottom-up* (agregados numa perspectiva de baixo para cima).

A extensão do modelo dita, ainda, que o efeito da QVC (resultando de satisfação da comunidade com os serviços/programas de saúde) sobre a SV, é provavelmente maior, quando o envolvimento emocional nesse domínio de vida é elevado. A título de exemplo, o modelo defende que a QV da comunidade tem um maior impacto na SV para os indivíduos com reduzida SPES, baixo rendimento e nos sujeitos de maior idade, em relação aos indivíduos que detêm elevada satisfação com a saúde, rendimento elevado, e idade jovem.

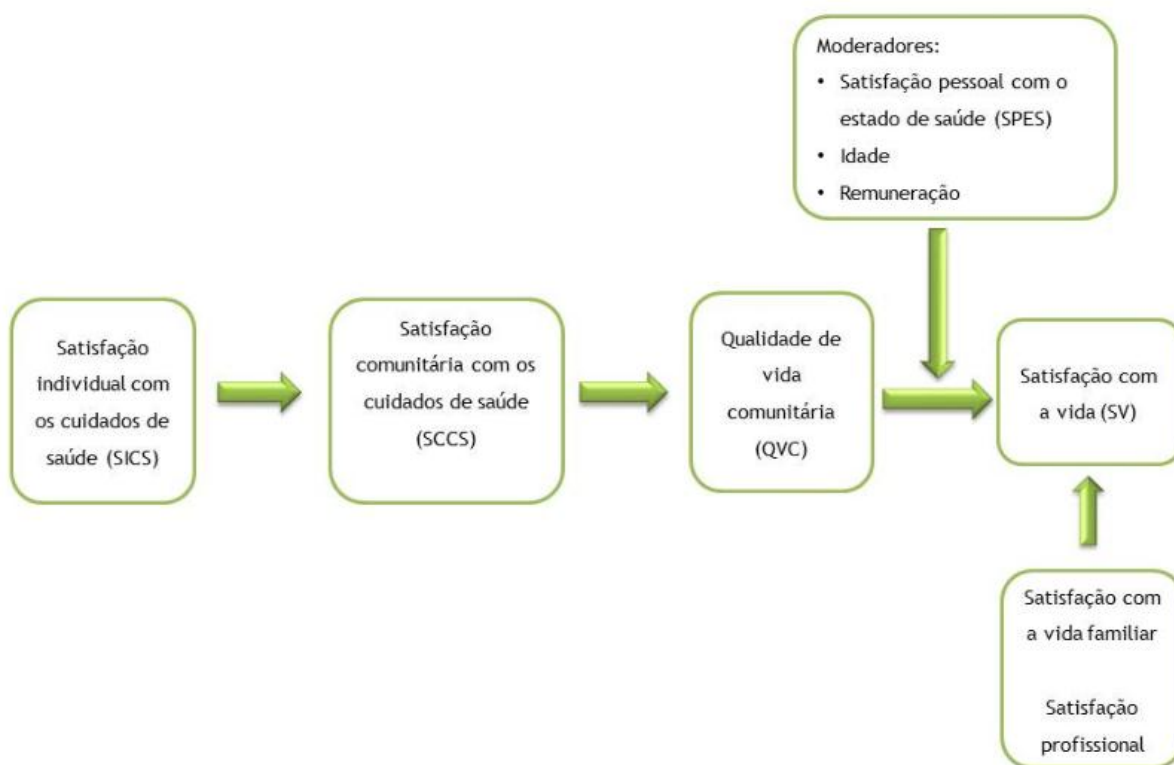


Figura 2 - Modelo extenso (Rahtz e Sirgy, 2004:172).

É com base numa adaptação do modelo apresentado na figura 2, que o presente estudo se vai apoiar e desenvolver.

## 5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia constitui uma das componentes cruciais no âmbito da investigação, pois ela descreve os princípios fundamentais a aplicar na prática de qualquer trabalho de investigação (Quivy *et al.*, 1992). Por sua vez, Deshaies (1997:25) alude que *“a metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento”, sendo que “a Metodologia não substitui o investigador, proporciona-lhe, no entanto, meios para empreender uma investigação.”*

A metodologia tem como intuito a análise e avaliação das técnicas de pesquisa, assim como a geração ou averiguação de métodos inovadores, que conduzem à captação e processamento de dados, com vista à resolução de problemas de investigação (Barros e Lehfel, 1986).

A conceituação de Baptista (1977, citado por Barros e Lehfel, 1986:17), vem completar o significado acima abordado, definindo a Metodologia como sendo *“a operacionalização, sistematização e racionalização do método por processos e técnicas de que se vale o agente para realizar uma intervenção na realidade. O método é uma visão abstrata do agir, a Metodologia é uma visão concreta da operacionalização.”*

Para Polit *et al.* (1995), através da investigação científica, os pesquisadores lutam para dar sentido à experiência humana e solucionar problemas, para compreender a ocorrência de fenómenos e prever circunstâncias que poderão ocorrer. Assim, a investigação desempenha um papel fundamental no estabelecimento de uma base científica para orientar a prática dos cuidados (Fortin, 1999).

Com o presente capítulo, pretende-se abordar a opção metodológica adoptada, especificando os critérios de selecção da amostra e as suas características gerais, assim como o instrumento de colheita de dados utilizado, abordando de forma sucinta os aspectos inerentes ao seu processamento, a sua validação e as limitações do corrente estudo.

### 5.1 PARADIGMA

*“Um paradigma é uma visão do mundo, uma perspectiva geral sobre as complexidades do mundo real”*

Polit *et al.* (2004:27).

Polit *et al.* (2004) realizam uma distinção concreta a nível metodológico, recorrendo-se essencialmente, a dois distintos e amplos paradigmas de investigação. Estes destacam, assim, dois métodos: o quantitativo e o qualitativo.

Segundo Santos e Clos (1998), a selecção do método e técnica de pesquisas estão intimamente relacionados com a natureza do problema ou com o objecto que se deseja conhecer ou estudar. Os referidos autores constataam, ainda, que a utilização de técnicas qualitativas e quantitativas depende, igualmente, do domínio que o pesquisador tem no emprego destas técnicas, inexistindo qualquer superioridade entre ambas desde que haja correcção nas utilizações e adequações metodológicas. Champenhout e Quivy (1992:23) consideram que *“os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados.”*

Na perspectiva de Haguette (1992), os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão do fenómeno a ser estudado. Tal como Fortin (1999:22) afirma, o método quantitativo possibilita diferenciar *“(...) medos, motivações, percepções e traços de personalidades diferentes (...)”*, além de *“(...) transformar as características qualitativas em quantitativas de modo a que possam ser utilizadas análises estatísticas para as avaliar”*. Esta acrescenta, ainda, que o referido método diz respeito a um processo metódico de colheita de dados observáveis e quantificáveis. O método de investigação quantitativo tem por finalidade concorrer para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, assim como generalizar os resultados, predizer e controlar os acontecimentos (Fortin, 1999).

A abordagem quantitativa surgiu como a mais adequada para a realização do presente estudo, uma vez que oferece dados precisos, objectivos e fiáveis, permitindo a par de igualdade uma maior percepção e dimensão do objecto de estudo que se pretende investigar.

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Na perspectiva de dar resposta ao presente trabalho, optou-se por desenvolver um estudo não experimental, de carácter descritivo, analítico, correlacional e transversal, realizado à luz da abordagem quantitativa.

O actual estudo é de natureza descritiva, uma vez que procura a caracterização de determinado fenómeno, pelo qual o investigador revela interesse. O objectivo fulcral dum estudo descritivo *“consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”* (Fortin, 1999:162). Por outro lado, segundo Gil (1991), as pesquisas descritivas têm como objectivo principal a explicação das características de determinada população ou fenómeno, bem como o estabelecimento de relações entre as diversas variáveis de um estudo.

Complementando o referido anteriormente, Notter e Hott (1992:186) consideram que o estudo descritivo é uma *“investigación orientada al presente que pretende describir, con precisión, qué es y analizar los hechos obtenidos en relación al problema a estudiar.”*

Uma vez que se pretende explorar as variáveis e as relações entre as mesmas, optou-se pelo estudo analítico e correlacional, pois além de descrever e examinar, pretende-se também analisar as variáveis, ou seja, conhecer quais as que se relacionam com o fenómeno do trabalho de investigação.

Para a concretização desta investigação, optou-se por um estudo transversal, uma vez que se pretende colher os dados num único momento (Polit *et al.*, 2004).

Tendo em conta que o estudo do tipo experimental consiste na *“descrição das variáveis e o estudo das relações entre as variáveis”*, cujo principal objectivo é *“examinar a causalidade”* e onde *“uma variável independente X, uma intervenção qualquer é introduzida numa situação e são observados os seus efeitos sobre uma ou mais que uma variável dependente Y”* (Fortin, 1999:183), pode-se facilmente deduzir que o estudo incide sobre o a abordagem do tipo não experimental, pois não se procura manipular as variáveis em estudo.

### 5.3 SELECÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA

*“Não basta saber que tipos de dados deverão ser recolhidos. É também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo”*  
(Champhenout e Quivy, 1992: 157).

Para dar prosseguimento a um trabalho de carácter investigatório, torna-se crucial escolher um terreno de pesquisa, de modo a aplicar o estudo em questão. Neste contexto, ao fazer referência a uma realidade e a um contexto social, manifestou-se peculiar interesse em conhecer em profundidade uma realidade com a qual se contacta enquanto profissional de saúde. Neste sentido, a selecção de um local que abrangesse todas as condições necessárias para o seguimento do estudo recaiu sobre o concelho de Tomar.

Tomar é uma cidade portuguesa, pertencente ao distrito de Santarém, localizada na região Centro e sub-região do Médio Tejo. O Concelho de Tomar é subdividido em 16 freguesias, sendo elas as seguintes: Além da Ribeira, Alviobeira, Asseiceira, Beselga, Carregueiros, Casais, Junceira, Madalena, Olalhas, Paialvo, Pedreira, Sabacheira, Santa Maria dos Olivais, São João Baptista, São Pedro de Tomar e Serra (Governo Civil do Distrito de Santarém).

De acordo com dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), o Concelho de Tomar registaria, em 2010, 41 386, dos quais 21 586 eram do sexo feminino e 19 800 do sexo masculino.

Tal população apresentava também a seguinte repartição por grupos etários:

- 1 487, dos 0 aos 4 anos de idade;
- 1 720, entre os 5 e os 9 anos de idade;
- 1 903, entre os 10 e os 14 anos;
- 2 088, dos 15 aos 19 anos;
- 2 353, dos 20 aos 24 anos de idade;
- 2 718, entre os 25 e os 29 anos;
- 3 182, dos 30 aos 34 anos idade;
- 3 081, entre os 35 e 39 anos;
- 3 020, dos 40 aos 44 anos;
- 2 947, dos 45 aos 49 anos de idade;
- 2 742, entre os 50 e os 54 anos;
- 2 484, dos 55 aos 59 anos de idade;
- 2 357, entre os 60 e 64 anos;
- 2 126, dos 65 aos 69 anos;
- 2 294, entre os 70 e 74 anos;
- 2 112, dos 75 aos 79 anos de idade;
- 1 638, dos 80 aos 84 anos;
- 1 134, com mais de 85 anos.

É de ressaltar que os dados acima apresentados são os mais actualizados, porém, de acordo com os resultados preliminares obtidos a partir dos Censos 2011, verificou-se um decréscimo da população do concelho de Tomar para 40 862 habitantes (INE, 2011).

No que respeita à escolha do terreno de pesquisa, tomou-se em consideração determinados aspectos, nomeadamente, o interesse a nível profissional, pois a população do concelho de Tomar constitui o alvo de cuidados onde exerço funções. Tal permitiu, igualmente, rentabilizar o tempo disponível, facultando uma recolha de dados mais fiável.

## 5.4 A POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (1999:41) defende que *“a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos pelo estudo”*, ou seja, a população é constituída por um conjunto de elementos que possuem determinadas características em comum. Esta distingue dois tipos de população: a população alvo, que corresponde à população que o investigador pretende estudar e a população acessível, grupo da população alvo, à qual o investigador tem acesso. No presente estudo, a população alvo coincide com a população acessível (Fortin, 1999).

O campo de análise do estudo deve ser claramente circunscrito e a sua escolha deve ser ponderada em função de determinados critérios, incluindo os objectivos do estudo. Esta ideia é reforçada por Polit *et al.* (1995), na medida em que o autor considera que a população de um estudo corresponde a uma agregação de casos que atendam a um conjunto eleito de critérios. A escolha dos sujeitos para o estudo é fundamental, de modo a que os resultados obtidos garantam veracidade e exactidão.

Parafraseando Fortin (1999:41) a amostra pode ser determinada como “*um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo*”. A principal vantagem da selecção de uma amostra repercute-se na eficiência, permitindo ao investigador inferir sobre uma grande parte da população. Porém, se a amostra não for suficientemente representativa para a problemática em estudo, os resultados poderão não ser generalizáveis para a população.

Para a elaboração desta investigação, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência, a qual corresponde a “*um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.*” (Fortin, 1999:208). Este tipo de amostra é pouco dispendioso, é rápido e de fácil aplicação. Todavia, apresenta como desvantagem o facto de ser menos representativa que a amostragem probabilística.

Assim, os elementos constituintes da amostra foram seleccionados, atendendo aos seguintes factores de inclusão:

- ✓ O questionado constitui um cidadão que tenha utilizado os serviço de saúde públicos de Tomar, nomeadamente, os serviços/programas do Hospital de Tomar e/ou Centro de Saúde de Tomar;
- ✓ O inquirido deverá ter mais de 18 anos (inclusive);
- ✓ O questionado deverá aceitar participar na investigação.

Relativamente aos factores de exclusão, são eles:

- ✓ Não deve exercer funções no Hospital e/ou Centro de Saúde de Tomar;
- ✓ O questionário encontrar-se incompleto.

Para se proceder à entrega do questionário recorreu-se a dois métodos: pessoalmente e através da *internet (e-mail)*.

Foram inquiridos 312 indivíduos, porém, atendendo aos factores de inclusão e exclusão acima descritos, 6 questionários não foram incluídos na análise (5 encontravam incompletos e 2 pelo facto de o inquirido ter idade inferior a 18 anos). Assim, admitem-se 305 questionários, passando estes a constituir o grupo de estudo.



## 5.5. CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

“Variável é todo aquele elemento ou característica que varia num determinado fenómeno” (Barros e Lehfeld, 1986:102), ou seja, “cualquier factor, característica, cualidad, o atributo a estudiar” (Notter e Hott, 1992:190). Por outras palavras, num estudo quantitativo, variável consiste, então, em “qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores - geralmente, valores numéricos” (Polit et al., 2004:46)

Na perspectiva de Lakatos e Marconi (1996), as variáveis devem ser definidas com clareza, com objectividade e de forma operacional. Estes acrescentam ainda que todas as variáveis podem afectar ou interferir no estudo, pelo que devem ser levadas em consideração no sentido de impedir o comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa

A finalidade do corrente estudo consiste em identificar a relação entre o grau de satisfação da comunidade com os cuidados de saúde públicos e a QV da mesma.

Na tabela seguinte, expõe-se as variáveis em estudo e respectivas definições conceptuais e operacionais:

**Tabela 1** - Variáveis em estudo e respectivas definições conceptuais e operacionais.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO CONCEPTUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<b>Género</b>	Identificação do sexo feminino ou masculino do inquirido.	Escala Nominal, com duas categorias:  1 - Masculino; 2 - Feminino.
<b>Idade</b>	Número de anos do questionado, desde o seu nascimento até ao momento da realização do questionário.	Escala Intervalar.
<b>Estado civil</b>	Estado relativamente à sua situação conjugal, aquando da realização do questionário.	Escala Nominal definida por quatro categorias: 1 - Solteiro; 2 - Casado; 3 - Divorciado; 4 - Viúvo
<b>Tempo de residência no concelho de Tomar</b>	Número de anos do questionado, desde o seu nascimento até ao momento da realização do questionário.	Escala Intervalar.

<b>Habilitações literárias</b>	Grau de formação académica do questionado, até à realização do questionário.	<p>Escala Nominal, com sete categorias:</p> <p>1 - Não sabe ler nem escrever;</p> <p>2 - 1º Ciclo do Ensino Básico (1º-4º ano/antiga 4ª Classe);</p> <p>3 - 2º Ciclo do Ensino Básico (5º-6º ano/antigo ciclo preparatório);</p> <p>4 - 3º Ciclo do Ensino Básico (7º-9º Ano/Curso Geral dos Liceus/ Antiga 5ª Classe);</p> <p>5- Ensino Secundário (10º-12º Ano/ Curso Complementar dos Liceus/ Antigo 7º Ano);</p> <p>6- Curso Profissional;</p> <p>7- Ensino Superior.</p>
<b>Situação profissional</b>	Exercício habitual de uma actividade económica como meio de vida, no momento da realização do questionário.	<p>Escala Nominal, constituída por sete categorias:</p> <p>1- Trabalhador/a por conta própria;</p> <p>2- Trabalhador/a por conta de outrem;</p> <p>3- Doméstico/a;</p> <p>4- Desempregado/a;</p> <p>5- Estudante;</p> <p>6-Reformado;</p> <p>7- Inválido/a.</p>
<b>Rendimento mensal</b>	Quantia em euros que o questionado recebe mensalmente, no momento da realização do questionário.	Escala Intervalar.

<b>Satisfação com os domínios de vida individuais</b>	Satisfação percebida pelo questionado até ao momento da realização do questionário, com a satisfação comunitária, profissional e satisfação com a vida familiar.	<p>Escala Ordinal, constituída por seis categorias:</p> <p>1- Insatisfeito;</p> <p>2- Pouco satisfeito;</p> <p>3- Neutro (igualmente satisfeito e insatisfeito);</p> <p>4- Satisfeito;</p> <p>6- Muito satisfeito.</p>
<b>Importância atribuída aos domínios de vida individuais</b>	Importância percebida pelo questionado até ao momento da realização do questionário sobre a satisfação comunitária, profissional e satisfação com a vida familiar.	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Nada importante;</p> <p>2- Pouco importante;</p> <p>3- Importante;</p> <p>4- Significativamente importante;</p> <p>5- Muito importante.</p>
<b>Satisfação Comunitária com os Cuidados de Saúde Públicos</b>	Satisfação percebida pelo questionado e respectiva comunidade com a qualidade dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar.	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Insatisfeito;</p> <p>2- Pouco satisfeito;</p> <p>3- Neutro (igualmente satisfeito e insatisfeito);</p> <p>4- Satisfeito;</p> <p>5- Muito satisfeito.</p>
<b>Importância da saúde física, mental e saúde na sua globalidade</b>	Importância atribuída pelo questionado à saúde física, mental e saúde na sua globalidade.	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Nada importante;</p> <p>2- Pouco importante;</p> <p>3- Importante;</p> <p>4- Significativamente importante;</p> <p>5- Muito importante.</p>

Satisfação Pessoal com o Estado de Saúde	Importância atribuída pelo questionado à saúde física, mental e saúde na sua globalidade.	<p>Escala Ordinal, constituída por quatro categorias:</p> <p>1- Pobre;</p> <p>2- Razoável;</p> <p>3- Boa;</p> <p>4- Excelente.</p>
Satisfação com a qualidade dos programas/serviços de saúde públicos no Hospital e no Centro de Saúde de Tomar	Satisfação com a qualidade dos programas/serviços de saúde públicos na comunidade do questionado, nomeadamente, no Hospital de Tomar e no Centro de Saúde de Tomar	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Sem opinião;</p> <p>2- Insatisfeito;</p> <p>3- Pouco satisfeito;</p> <p>4- Satisfeito;</p> <p>5- Muito satisfeito.</p>
Importância dos programas/serviços de saúde públicos no Hospital e no Centro de Saúde de Tomar	Importância atribuída aos programas/serviços de saúde públicos na comunidade do questionado, nomeadamente, no Hospital de Tomar e no Centro de Saúde de Tomar	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Nada importante;</p> <p>2- Pouco importante;</p> <p>3- Importante;</p> <p>4- Significativamente importante;</p> <p>5- Muito importante.</p>
Frequência da utilização dos programas/serviços de saúde públicos no Hospital e no Centro de Saúde de Tomar	Números de vezes que o questionado recorre aos programas/serviços de saúde públicos na comunidade do questionado, nomeadamente, no Hospital de Tomar e no Centro de Saúde de Tomar	<p>Escala Ordinal, constituída por quatro categorias:</p> <p>1- Nunca utilizei/Não conheço ninguém que tenha utilizado;</p> <p>2- Um familiar e/ou amigo utilizou;</p> <p>3- Utilizei uma vez;</p> <p>4- Utilizei mais do que uma vez.</p>

Conhecimento sobre os programas/serviços de saúde públicos no Hospital de Tomar e no Centro de Saúde de Tomar	Conhecimento que o questionado possui sobre os programas/serviços de saúde públicos na sua comunidade, nomeadamente, no Hospital de Tomar e no Centro de Saúde de Tomar	<p>Escala Ordinal, constituída por cinco categorias:</p> <p>1- Nenhum;</p> <p>2- Muito pouco;</p> <p>3- Algum;</p> <p>4- O suficiente;</p> <p>5- Muito.</p>
---	---	---

## 5.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma hipótese consiste numa expectativa sobre acontecimentos, baseada em generalizações de uma relação que se assume como tal, entre determinadas variáveis. As hipóteses são abstractas e estão relacionadas com as teorias e os conceitos, enquanto as observações, que se utilizam para testar essas hipóteses, são específicas e baseadas em factos, como afirma Tuckman (2000).

No presente estudo, iremos adaptar algumas das hipóteses formuladas por Rahtz *et al.* (2004), uma vez que se procura, numa última instância, comparar os resultados obtidos com os apresentados pelo estudo aplicado noutra comunidade, neste caso pertencente aos EUA.

Seguidamente, realizou-se uma fundamentação sobre cada hipótese, as quais se encontram no tabela 2.

- ***Satisfação Comunitária com os Cuidados de Saúde (SCCS) e Satisfação Individual com os Cuidados de Saúde (SICS)***

A SCCS refere-se à satisfação geral que uma pessoa pode sentir em relação ao ambiente de saúde em geral na sua comunidade. Esta avaliação global pode ser demonstrada através da função da percepção do indivíduo quanto aos diversos cuidados gerais de saúde públicos (programas e serviços de saúde) na comunidade (Rahtz *et al.*, 2004).

Diversos estudos empíricos têm, igualmente, demonstrado que a satisfação individual com os programas e/ou serviços de saúde (SICS) afectam a satisfação global dos cuidados de saúde da comunidade. A título de exemplo, no estudo efectuado por Sirgy *et al.* (1994), estes demonstraram que a satisfação com os cuidados hospitalares pode afectar significativamente a satisfação global da comunidade com cuidados de saúde. Com base na discussão, Rahtz *et al.* (2004) propuseram o seguinte: a SCCS é função directa da SICS. Assim, esta preposição constitui a hipótese n.º1 (H1) do presente estudo.

- **Satisfação Comunitária com os Cuidados de Saúde (SCCS) e Qualidade de Vida Comunitária (QVC)**

A QVC refere-se à satisfação geral dos residentes da comunidade (Norman *et al.*, 1997; Widgery e Angur, 1997). Assim, tal como Rahtz *et al.* (2004), entende-se que QVC corresponde ao nível geral de satisfação com a vida comunitária (SVC). Em concordância com Rahtz *et al.* (2004), reconhece-se que existem inúmeros domínios que contribuem para o bem-estar dos habitantes da comunidade, porém o presente estudo irá concentrar-se apenas no papel da SCCS sobre a QVC.

Sirgy (2001) realça que existe uma distinção entre qualidade de vida comunitária (QVC) e qualidade de vida de uma comunidade. Assim, a primeira refere-se ao nível geral da satisfação individual com o domínio vida comunitária, sendo que a unidade de análise na QVC é o indivíduo. Em contraste, qualidade de vida de uma comunidade debruça-se sobre várias condições de vida de uma comunidade (por exemplo, a qualidade da educação, da segurança, a taxa de criminalidade, a qualidade do ar e da água, entre outros), onde a comunidade é a unidade de análise (Jeffres e Dobos, 1992; Widgery, 1992).

O presente estudo centra-se na QVC, a nível individual, propondo-se que a QVC é influenciada pela SCCS (Rahtz *et al.*, 1989 e 2004; Rahtz e Sirgy, 1994; Rahtz e Sirgy, 2000; Sirgy *et al.*, 1994; Sirgy *et al.*, 1995).

Meadow (1983, 1988) enunciou nos seus estudos que a satisfação com os cuidados de saúde é um composto de avaliações de satisfação com os hospitais, os médicos/dentistas, farmácias e serviços de aconselhamento. Os seus resultados revelaram uma significativa associação entre a satisfação com instituições de cuidados médicos e QVC, confirmando que a SCCS desempenha um papel significativo na QVC. Posto isto, surge a **hipótese n.º2 (H2): a QVC é positivamente predita pela SCCS.**

Formulou-se ainda uma **sub-hipótese (H2.1)**, a qual propõe que **os programas e serviços de saúde que estão relacionados com a SCCS influenciam a QVC.**

- **QVC, satisfação profissional e satisfação com a vida familiar**

A lógica do modelo teórico utilizado neste estudo está fundamentada em estudos de QV (Andrews e Withey, 1976, Campbell *et al.*, 1976; Diener, 1984; Sirgy, 2001). A premissa básica da teoria é que a QV é influenciada pelas preocupações e avaliações dos diversos sub-domínios de vida, ou seja, quanto maior a satisfação com tais preocupações como o trabalho e a vida familiar, maior é a QV em geral.

De acordo com os dados obtidos num estudo efectuado pela Synergy Health Limited (2009), verificou-se uma correlação positiva elevada entre a QV e satisfação profissional, ou seja, os indivíduos que relataram maior QV, foram também os mais satisfeitos com seus empregos.

Assim, formulou-se a **hipótese n.º3 (H3): QVC é positivamente predita pela satisfação profissional e satisfação com a vida familiar.**

- **QVC e SPES**

Um domínio da vida (como a QVC) é mais elevado para um indivíduo, quando este está emocionalmente envolvido com o domínio de vida, considerando esse domínio ser importante na sua vida (Rahtz *et al.*, 2004). Quando um domínio da vida é muito relevante, as reacções emocionais para com os resultados e eventos no domínio da vida são susceptíveis de serem intensos (Oishi *et al.*, 1997, 1999; Sirgy, 2002).

Desta forma, Rahtz *et al.* (2004), referem que a QVC, resultante da SCCS, tende a ser maior nos indivíduos com baixa SPES, com baixos rendimentos com idade mais avançada, comparativamente aos que revelam uma satisfação mais elevada com a saúde pessoal, alto rendimento e mais jovens.

Assim, obtém-se a hipótese n.º4 (H4): **A QVC tende a ser maior para um indivíduo cuja satisfação pessoal com o estado de saúde é reduzida.**

a) *Satisfação pessoal com o estado saúde (SPES)*

De acordo com Rahtz *et al.* (2004), a SPES refere-se à satisfação geral de um indivíduo com a sua condição de saúde geral, física e mental. Estes acrescentam que, qualquer experiência emocional na QVC, proveniente da satisfação com os cuidados de saúde, tem elevada probabilidade de afectar outros domínios de vida que, por sua vez, influenciam a avaliação do mesmo em relação vida em geral (Rahtz *et al.*, 1989; Sirgy, 2002).

Desta forma, indivíduos com um nível baixo de satisfação com a saúde pessoal, estão mais propensos a envolverem-se, emocionalmente, na SCCS e na QVC. Sirgy *et al.* (1991) aditam que, quando os sujeitos não estão satisfeitos com suas condições de saúde, é provável que a QVC (resultante da satisfação com os cuidados de saúde) seja muito importante na totalidade da sua vida psicológica.

b) *Idade*

Martins *et al.* (2009), afirmam que a saúde e envelhecimento são indicativos de QV. Estes argumentam que ao envelhecer, pode-se verificar o desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas e a necessidade de cuidados em saúde que, consequentemente, vai influenciar a QV do indivíduo.

Na mesma linha de pensamento, Rahtz *et al.* (2004) defendem que as repercussões da idade na QVC, tendem a serem maiores para os mais velhos do que para os jovens. Na generalidade, além de os idosos estarem mais propensos a envolver-se emocionalmente na satisfação com os cuidados de saúde e na QVC, estes tendem, igualmente, a despender mais tempo em actividades relacionadas com a comunidade, assim como têm baixa mobilidade residencial (capacidade do indivíduo em se mudar para uma comunidade melhor) (Michalos, 1997). Diversos estudos empíricos sugerem que a satisfação com os serviços de saúde é susceptível de afectar a QVC, e por sua vez, a SV,

especialmente nos idosos (Maronic e Miller, 1992; Meadow, 1988; Rahtz *et al.*, 1989; Sirgy *et al.*, 1995).

Deste modo, a hipótese n.º5 (H5) é: A QVC tende a ser maior para um indivíduo que tem mais idade.

### c) Rendimentos

Os indivíduos com rendimentos mínimos tendem a ser mais vulneráveis à doença, dados os seus hábitos alimentares, o acesso limitado de instalações como ginásios, assim como o limitado tempo e oportunidade para uma vida saudável (Rahtz *et al.*, 2004). Segundo estudos efectuados por Chambers *et al.* (1997) e Moriarty (1997), as pessoas de baixo rendimento têm nove vezes mais probabilidade de relatar más condições de saúde, do que os sujeitos que possuem elevados rendimentos. Ou seja, a QVC é susceptível de ser maior para os pobres do que para os que detêm rendimentos elevados.

Tal como os mais idosos, também os indivíduos com baixos níveis de rendimentos tendem a envolver-se mais em actividades de lazer, assim como possuem menos experiência em relação à mobilidade residencial (Rahtz *et al.*, 2004). Dados apontam, também, que as pessoas com rendimentos inferiores estão mais propensas a serem dependentes de serviços comunitários do sector público. Por conseguinte, os que detêm menos rendimentos estão mais propensos a envolverem-se emocionalmente na comunidade, devido à sua reduzida mobilidade residencial e elevada dependência de serviços da comunidade.

A última hipótese (H6) dita que a QVC tende a ser maior para um indivíduo com reduzido rendimento mensal.

**H1:** A SCCS saúde é função directa da satisfação com vários programas e serviços de saúde na comunidade (SICS).

**H2:** A QVC é positivamente predita pela SCCS.

**H2.1:** Os programas e serviços de saúde que estão associados à SCCS influenciam a QVC.

**H3:** A QVC está relacionada com a Satisfação com a Vida Familiar e Satisfação Profissional.

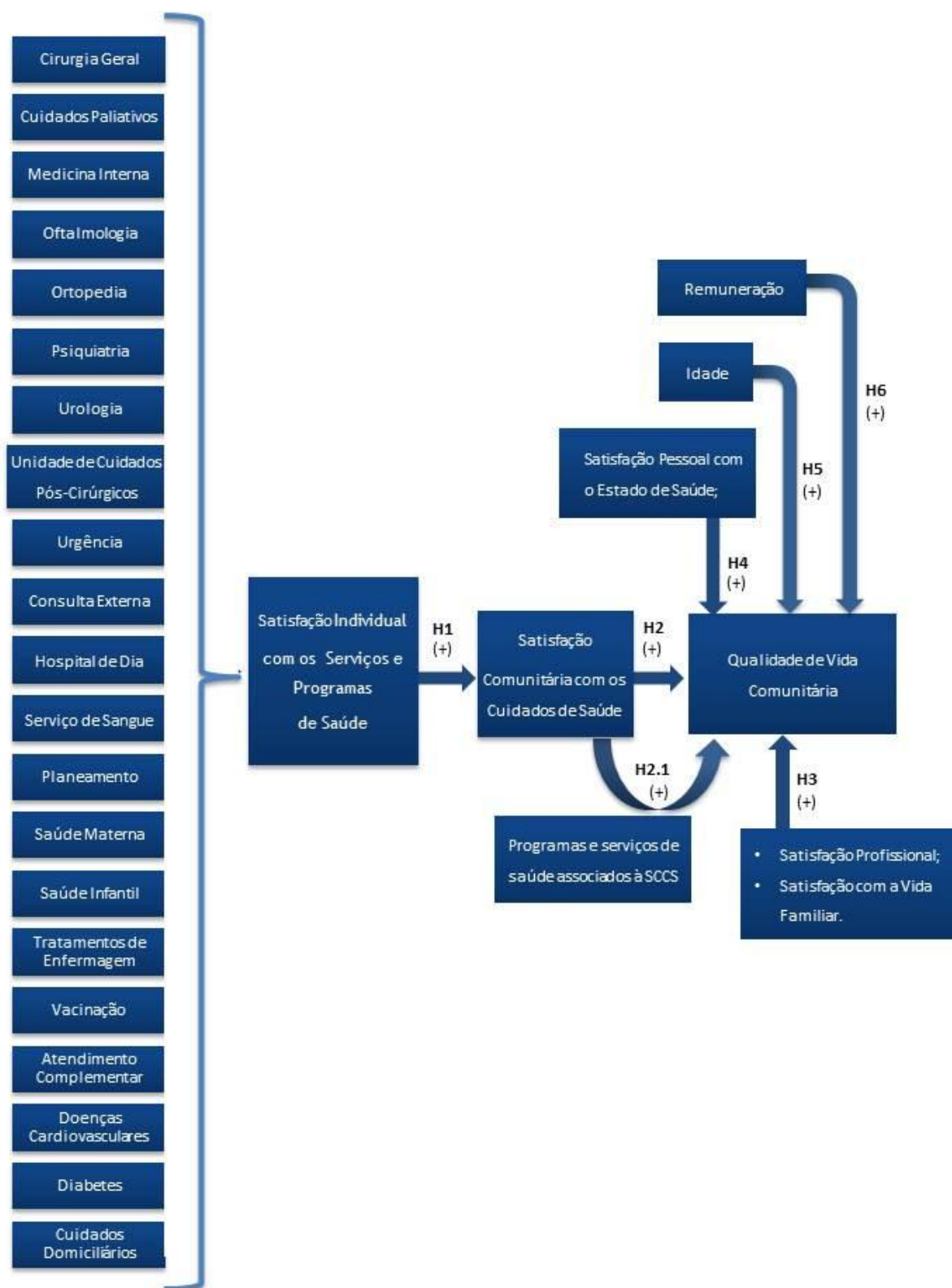
**H4:** A QVC tende a ser maior para um indivíduo cuja satisfação pessoal com o estado de saúde é reduzida.

**H5:** A QVC tende a ser maior para um indivíduo que tem mais idade.

**H6:** A QVC tende a ser maior para um indivíduo com reduzido rendimento mensal.

Tabela 2 - Hipóteses de investigação.





**Figura 3** - Diagrama do modelo extenso de qualidade de vida/cuidados de saúde na comunidade e respectivas hipóteses e correlações.

## 5.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

*“A coleta de dados significa a fase da pesquisa em que se indaga e se obtém dados da realidade pela aplicação de técnicas”*  
Barros e Lehfeld (1985:108).

O processo de colheita de dados corresponde a um processo de observação, que visa a recolha de *“informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”* (Fortin, 1999:365). O investigador, antes de empreender uma colheita de dados, deve conhecer os vários instrumentos de medida disponíveis, inclusive as suas vantagens e desvantagens, a fim de optar por aquele que mais se adequa e adapta ao estudo. Pode-se ainda avolumar, segundo a mesma, que em várias situações é a natureza do problema de investigação que ocasiona o tipo de instrumentos de colheita de dados a utilizar.

Segundo Polit *et al.* (1995:166) *“um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam colher informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação”*.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados que pareceu mais adequado ao estudo em causa, de acordo com os objectivos do mesmo. Haguette (1994, citado por Lobato, 2004:81) visualiza o método quantitativo como sendo *“característico na standardização dos procedimentos de colheita de dados, configurando-se no questionário”* uma vez que *“tem primazia na comparabilidade dos dados.”*

Segundo Polit *et al.* (1995), o questionário corresponde a uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos amplo de questões, que possibilitam avaliar opiniões, sentimentos, crenças, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

O questionário é geralmente preenchido pelos próprios sujeitos. Este instrumento de colheita de dados permite traduzir os objectivos de um estudo em dados mensuráveis, através do qual se pode obter uma mais fácil organização, normalização e controlo dos dados, a par de uma recolha mais rigorosa dos últimos, salvaguardando o anonimato do questionado.

Neste estudo, optou-se pelo questionário estruturado (Anexo I), uma vez que *“limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento”* (Fortin, 1999:249). No presente estudo, o questionário aplicado consta de questões fechadas, que correspondem a *“ questões que apresentam categorias ou alternativas de respostas fixas”* (Barros e Lehfeld, 1985:108). Quando se recorre a um questionário (ou outro instrumento de colheita de dados) num trabalho de investigação torna-se crucial averiguar a sua confiabilidade e fidelidade.

Neste sentido, a confiabilidade de um instrumento de colheita de dados *“não é uma propriedade do mesmo, mas antes uma propriedade relativa à sua aplicação a uma dada amostra em algumas condições ou circunstâncias”* (Polit *et al.*, 1995:221).

Por outro lado, a fidelidade simetriza uma “*propriedade dos instrumentos de medida, segundo a qual se obterá os mesmos resultados se toma uma mesma medida duas ou mais vezes nas mesmas condições, junto dos mesmos sujeitos*” (Fortin, 1999:369). Um instrumento de medida tem fidelidade se transmitir resultados idênticos em situações semelhantes, ou seja, se demonstrar precisão e constância, certificando os mesmos resultados, em pessoas diferentes ou em situações dissemelhantes na mesma pessoa.

A validade, por seu lado, compreende a exactidão com que um determinado conceito é mensurado. A validade alude se o instrumento de medida mede aquilo que deve medir (Fortin, 1999). O questionário é válido se for representativo do conjunto de elementos que estabelecem o conceito a medir.

No sentido de obter uma caracterização da amostra mais detalhada, foram aditadas algumas questões ao questionário. Deste modo, o questionário aplicado é constituído por 16 questões, distribuídas por três partes distintas. Este é precedido de uma nota introdutória na primeira página, com uma informação clara e precisa, numa linguagem compreensível e simples, onde se esclarece os objectivos do estudo e as condições de confidencialidade e anonimato na utilização das respostas obtidas, assim como o tempo que seria dispensado ao preenchimento do mesmo. Obteve-se, desta forma, a colaboração e o consentimento do utente para fazer parte do estudo.

Assim, a primeira parte do questionário pretende a caracterização do grupo de estudo, através dos itens abaixo mencionados:

- 1- Género;
- 2- Idade;
- 3- Estado Civil;
- 4- Tempo de residência no concelho de Tomar;
- 5- Habilitações literárias;
- 6- Situação profissional;
- 7- Rendimento mensal.

Relativamente à segunda parte do questionário, é composta por cinco questões, as quais pretendem avaliar a satisfação e a importância atribuída pelos inquiridos aos domínios de vida individuais; a satisfação comunitária e importância da saúde global, física e mental e a satisfação individual com o estado de saúde.

A questão que avalia a satisfação com os domínios de vida individuais é constituída por cinco itens elaborados numa escala ordinal tipo *Likert*. A cotação de cada item é de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Insatisfeito/a” e 5 a “Muito Satisfeito/a”.

Quanto à importância atribuída aos domínios de vida individuais, possui cinco itens, cotados de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Nada Importante” e 5 a “Muito importante”.

A questão número 10 avalia a satisfação percebida pelo questionado sobre os cuidados de saúde públicos na sua comunidade. Tendo por base o mesmo tipo de escala que a anterior, é cotada de 1 a 5, na medida em que 1 corresponde a “Nada Satisfeito” e o 5 a “Muito Satisfeito”.

As últimas questões dizem respeito à importância atribuída pelo questionado às dimensões da saúde (escala tipo *Likert* de 1 a 5, correspondendo 1 a “Nada Importante” e 5 a “Muito importante”) e à satisfação pessoal com o estado de saúde (cotação de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a “Pobre” e o 4 “Excelente”).

A terceira parte do questionário que comporta quatro questões, visando a avaliação da satisfação com a qualidade dos programas e serviços de saúde públicos (questão 13), da importância atribuída aos programas e serviços de saúde públicos (questão 14), da frequência de utilização (questão 15) e do conhecimento percebido pelos indivíduos relativamente aos programas/serviços de saúde públicos, quer nos cuidados primários, quer a nível hospitalar do concelho de Tomar (questão 16). Os programas/serviços de saúde públicos em questão referem-se aos cuidados primários e hospitalares prestados no Centro de Saúde de Tomar e no Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar/Centro Hospitalar Médio Tejo- Unidade de Tomar, sendo os seguintes: cirurgia geral, cuidados paliativos, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria; urologia, unidade de cuidados pós-cirúrgicos (UCPC), urgência, consulta externa (CE), hospital de dia (quimioterapia/oncologia), serviço de sangue, planeamento familiar (PF), saúde materna (SM), saúde infantil (SI), tratamentos de enfermagem (TE), vacinação, atendimento complementar (AC), doenças cardiovasculares, diabetes, cuidados domiciliários (CD).

A questão 13 é cotada de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Sem opinião” e o 5 “Muito Satisfeito”; a pergunta 14 é composta também por cinco itens, em que 1 equivale a “Nada Importante” e 5 a “Muito importante”. No que concerne à questão 15, composta por quatro opções, 1 corresponde a “Nunca utilizei/ Não conheço ninguém que tenha utilizado” e 4 “Utilizei mais que uma vez”. Finalmente, a questão 16 possui cinco itens, sendo 1 “Nenhum” e 5 “Muito”.

No sentido de garantir uma maior credibilidade e fiabilidade dos resultados, foi elaborado um pré-teste, composto por 15 indivíduos. Deste pré-teste resultou a necessidade de adaptação de alguns parâmetros, nomeadamente, a escala *Delighted-Terrible* utilizada por Rahtz *et al.* (2004), pois constatou-se que alguns dos questionados tinham dificuldade no seu preenchimento. Assim, uma vez adaptada a escala supramencionada, procedeu-se novamente a um pré-teste, no qual participaram 8 indivíduos, tendo-se verificado que as alterações efectuadas facilitaram o preenchimento do questionário. A versão final foi aplicada entre 12 de Fevereiro de 2011 e 17 de Maio de 2011.

O instrumento foi considerado válido e fiável, uma vez que apresenta um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,897.

## 5.8 CONSENTIMENTO INFORMADO

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais” (Fortin, 1999:113). Assim, em qualquer investigação torna-se necessário ter em atenção os princípios éticos e deontológicos, para se prosseguir cientificamente com o estudo.

Polit *et al.* (2004) afirmam que o consentimento verifica-se quando os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa, compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação. Fortin (1999) defende que o consentimento deve ser devidamente esclarecido e livremente adquirido, sem qualquer tipo de pressão ou ameaça vinda do exterior. É de sublinhar ainda que o indivíduo deverá ser possuidor de todas as informações fundamentais à sua participação no estudo, bem como à posterior utilização das informações ministradas.

Deste modo, aquando do primeiro contacto com cada pessoa, foram devidamente explicados os objectivos do estudo, apurada a sua disponibilidade e vontade própria em participar no último. Quando cedidos os questionários aos indivíduos esclareceram-se, novamente, os objectivos e finalidade do estudo, bem como sobre as entidades e as instituições intervenientes. Foi entregue e recolhido, a cada um dos participantes, um documento elucidativo do estudo em causa e consentimento, salvaguardando-se o anonimato de cada questionado. Aquando da aplicação do questionário, foi proporcionada disponibilidade para esclarecer questões ou dúvidas que pudessem surgir no contexto.

Foram, igualmente, advertidos que a recusa ou a desistência de responder ao questionário, em qualquer momento, não interferia com a assistência facultada, por parte dos serviços de saúde, vincando-se que nessas situações os questionários seriam destruídos.

## 5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Na panorâmica de Pestana e Gageiro (2003), a estatística consiste num instrumento matemático necessário para recolher, organizar, expor, avaliar e interpretar dados. Na mesma perspectiva, Fortin (1999) defende que a estatística, através das estatísticas descritivas, possibilita condensar a informação numérica de uma forma estruturada, com vista à obtenção de uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Esta acrescenta ainda que, com os testes estatísticos, podem-se determinar se as relações observadas entre as variáveis numa amostra são generalizáveis à população em estudo, ou seja, onde foram colhidas as informações.

Existe um vasto leque de métodos de tratamento de dados, desde os mais clássicos (a título de exemplo, o manual) até aos mais inovadores métodos informáticos como o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo foi efectuado informaticamente, através do programa SPSS, na versão 19. Para proceder especificamente à análise de dados, decorrem duas fases importantes, sendo elas a estatística descritiva e estatística analítica.

Desta forma, primeiramente procedeu-se a uma análise estatística descritiva com o intuito de descrever e analisar a amostra em estudo, recorrendo às seguintes medidas estatísticas:

1. Frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%);
2. Medidas de tendência central: média, mediana e moda;
3. Medidas de dispersão (desvio-padrão).

Com o objectivo de caracterizar a amostra em estudo e, tendo presente as características das variáveis sócio-demográficas, os dados referentes à caracterização da amostra foram dispostos em tabelas e gráficos, os quais apresentam a distribuição de frequências (absolutas e relativas) e, quando adequado às características da variável, complementadas com as respectivas médias, mediana e desvio padrão.

Além da caracterização sócio-demográfica da amostra, interessa igualmente a verificação das hipóteses formuladas, de forma a encontrar resposta às questões de investigação. Assim, utilizou-se também, à estatística inferencial neste estudo. No domínio da estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos (sempre que as características das variáveis o permitiam) ou a *testes não paramétricos* quando não eram garantidos os postulados necessários para a aplicação dos testes paramétricos. Assim, utilizaram-se os seguintes testes:

1. Distribuição Normal (*Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk*);
2. Teste de Levene (Homogeneidade das Variâncias);
3. Teste de *Kruskal-Wallis*;
4. Testes T - para comparação de médias entre grupos;
5. Testes de robustez de *Welch e Brown-Forsythe*;
6. Teste de *Wilcoxon*;
7. Correlação de *Pearson* - para avaliar eventuais relações entre variáveis;
8. Regressão linear simples - para testar modelos preditivos entre a variável dependente e uma variável independente;
9. Regressão linear múltipla - para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente;
10. Análises de variância relacionadas (ANOVA), para comparação de médias entre três ou mais grupos.

## 6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a colheita de dados, procedeu-se a análise e interpretação dos mesmos. De acordo com Gil (1991), estes dois processos, apesar de conceptualmente distintos, surgem sempre estreitamente associados. *“A análise tem como objectivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objectivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos”* (Gil, 1991:166). Não obstante, Fortin (1999) corrobora que a análise de dados corresponde a um conjunto de métodos estatísticos, os quais permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos através do grupo de estudo. Polit e Hungler (1995:227) acrescentam que *“ (...) sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos em um projecto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica”*.

Na apresentação e análise dos resultados foi respeitada a ordem das questões formuladas no instrumento de colheita de dados. É de referir que se procedeu ao arredondamento de alguns valores obtidos às centésimas, com vista a uma melhor interpretação e compreensão da análise por parte dos leitores.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é caracterizada de acordo com um conjunto de variáveis sócio-demográficas: género, idade, estado civil, tempo de residência no concelho de Tomar, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal.

Quanto ao **género**, o grupo de estudo, constituído por 305 indivíduos, é maioritariamente do sexo feminino com 57,4% ( $n=175$ ), o que vai ao encontro das características da população do concelho de Tomar anteriormente descritas (anexo II, tabela 3).

Por outro lado, obteve-se uma média de **idade** de 39 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 85 anos de idade (anexo II, tabela 4).

Torna-se, ainda, relevante aditar o facto de se ter procedido à distribuição do grupo de estudo por grupos etários, emergindo, deste modo, sete categorias divergentes: de 18-24 anos; de 25 a 34 anos de idade; de 35 a 44 anos; de 45 a 54 anos de idade; de 55 aos 64 anos; dos 65 aos 74 e, por último, mais de 80 anos de idade. Os agrupamentos realizados através dos diferentes grupos etários

fundamentam-se pelas frequências e percentagens obtidas pela população alvo, patente neste estudo. Neste sentido, sobressaem os grupos etários entre os 18-24 anos (24,3%), 25-34 anos (22,6%), bem como entre os 45 a 54 anos (20,7%). Posteriormente, seguem-se os indivíduos que se encontram inseridos na faixa etária situada entre os 35 e os 44 anos de idade (16,1%). Com uma menor incidência e de modo decrescente prevalecem, respectivamente, as faixas etárias localizadas entre os 55-64 anos (7,5%), 65-74 anos (5,6%) e, finalmente, o grupo correspondente a mais de 75 anos, com uma percentagem de 3,3% (anexo II, tabela 5).

Relativamente à distribuição do grupo de estudo pelo **estado civil**, pode-se constatar que a maioria dos questionados são casados (51,8%). Os indivíduos solteiros ocupam o segundo lugar, com 36,4%; seguindo-se os divorciados (8,9%); e, por último, a categoria dos viúvos (com  $n=9$ ), tal como se pode observar na tabela 6 (anexo II).

No presente estudo, averiguou-se, igualmente, o **tempo de habitação** do questionado no concelho de Tomar (em anos). Assim, o tempo médio de habitação no concelho de Tomar corresponde a 29 anos, sendo que o tempo mínimo de habitação apurado foi de 1 ano e o máximo de 78 anos (anexo II, tabela 7).

No que concerne à distribuição da amostra pelas **habilitações literárias**, a maioria dos questionados detém o ensino superior com um 50,2%; o ensino secundário (10º-12º Ano/ Curso Complementar dos Liceus/ Antigo 7º Ano) com 37,7%; o 3º Ciclo do Ensino Básico (7º-9º Ano/Curso Geral dos Liceus/ Antiga 5ª Classe) que abrange 5,6% dos indivíduos do grupo de estudo; o 2º Ciclo do Ensino Básico (5º-6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório) com 4,3%; o 1º Ciclo do Ensino Básico (1º-4º Ano/Antiga 4ª Classe) com 1,6% e, por último, o curso profissional (0,7%), tal como se pode observar na tabela 8 (anexo II).

Com base na tabela 9 (anexo II), para a variável **situação profissional**, pode-se aferir que 50,2% dos questionados encontram-se a trabalhar por conta de outrem. Posteriormente, surgem os indivíduos que trabalham por conta própria com uma percentagem de 10,8%. O estudante assume-se com 18%; o reformado com 9,5%; o desempregado apresenta uma percentagem de 8,5 sobre a totalidade da amostra; o doméstico com 2% e, finalmente, com 1% emerge a categoria dos inactivos por invalidez.

Por último, no que respeita à caracterização da amostra, avaliou-se o **rendimento** em euros (aproximadamente) que cada indivíduo obtém mensalmente. Assim, como valor máximo, obteve-se quatro mil euros mensais e, como numerário mais baixo, zero euros. Apurou-se, ainda, a média dos rendimentos mensais dos questionados, sendo esta no valor de 749 euros (anexo II, tabela 10).

Para uma melhor compreensão do panorama financeiro dos inquiridos, procedeu-se à categorização dos rendimentos por grupos, sendo que o primeiro equivale aos indivíduos sem rendimentos, o segundo refere-se aos que detém um rendimento entre 1 e 500 euros, incluindo-se neste o salário mínimo nacional português (485 euros). O terceiro patamar foi elaborado com vista a obter uma visão sobre os indivíduos com rendimentos mensais entre 501 e 1000 euros.



Assim, através da tabela 11 (anexo II), constata-se que, cerca de 9,2% do grupo de estudo ( $n=28$ ), afirma ter rendimentos iguais ou inferiores a 500 euros. Entre 501 e 1000 euros, 10 inquiridos afirmam ser esse o valor do seu rendimento mensal (3,3%) e, cerca de 26,9%, declara rendimentos entre 1001 e 1500 euros. O último grupo abarca os indivíduos que auferem de um salário igual ou superior a 1501 euros, constituído por 99 questionados (32,5%). É de salientar ainda que 28,2% da totalidade dos indivíduos não têm rendimentos e que 9,2% tem rendimentos abaixo ou igual ao salário mínimo nacional (anexo II, tabela 12).

## 6.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A segunda parte do questionário (composta por cinco questões) pretendia avaliar a satisfação e a importância atribuída pelos questionados aos domínios de vida individuais (satisfação comunitária, profissional e satisfação com a vida familiar); a SCCS públicos e respectiva importância e, por fim, a SPES (estado de saúde global, saúde física e saúde mental) aliado à importância atribuída.

Relativamente à primeira questão da segunda parte do questionário – **satisfação com os domínios de vida individuais**, apurou-se que a maioria dos questionados (70,2%) encontram-se **satisfeitos com a QVC**, sendo que 10,8% afirmam estar muito satisfeitos. Apenas 6 indivíduos declararam estar pouco satisfeitos (2%) e 1 insatisfeito (0,3%). É de ressaltar que 51 indivíduos declaram-se neutros (16,7%) (anexo II, tabela 13).

Seguidamente, procedeu-se à comparação das médias obtidas entre a **QVC** e a **importância** atribuída à mesma. Assim, procedeu-se ao teste T, através do qual se apurou que a média dos resultados relativos à importância atribuída QVC ( $x=3,87$ ) e a QVC percebida pelos utentes ( $x=3,8918$ ) (anexo II, tabela 14).

Segundo Laureano (2011), como se está a comparar duas características referentes aos mesmos sujeitos, existe relação entre as amostras e, como tal, o pressuposto do emparelhamento está verificado. Além disso, segundo o Teorema do Limite Central ( $n=305>30$ ) pode, também, considerar-se o pressuposto verificado. No sentido de confirmar o declarado anteriormente, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Através da tabela 15 (anexo II), aferiu-se a existência de uma correlação positiva, embora fraca, entre a QVC e a importância atribuída à mesma, pois *Pearson*<sub>(305)</sub> = 0,154 e  $p<0,05$ .

Na tabela 16 (anexo II) é, então, apresentado o valor da média obtida da diferença entre as duas variáveis ( $x= -0,01967$ ), o intervalo de confiança para a diferença entre médias  $[-0,11012; 0,07077]$ ,  $t= -0,428$  e  $p=0,669$ . Desta forma, existem evidências estatísticas para se afirmar que a média da importância da QVC é igual à média da QVC ( $p>0,05$ ), com 95% de confiança.

Segue-se o domínio **satisfação profissional**, tendo-se igualmente verificado que os inquiridos apresentam satisfação com uma percentagem de 58% ( $n=177$ ) e apenas 28 indivíduos afirma estar

plenamente satisfeitos com a profissão (9,2%). Ainda com uma percentagem significativa, 26,9% do grupo de estudo referem ter um sentimento neutro no que toca à satisfação profissão, 15 indivíduos declaram-se pouco satisfeitos (4,9%) e, por fim, 3 sujeitos insatisfeitos (1%) (anexo II, tabela 17).

A **vida familiar** também assume um papel fulcral na vida de cada um, constituindo o terceiro domínio de vida individual. Neste, apurou-se que, o grupo de estudo evidencia um grau elevado de satisfação com a vida familiar: 59,7% estão muito satisfeitos e 37% satisfeitos. Apenas 4 indivíduos afirmam estar pouco satisfeitos e 6 sujeitos com sentimento neutro em relação à satisfação com o domínio de vida (anexo II, tabela 18).

Tais resultados obtidos opõem-se ao apresentado pelo estudo efectuado pelo Centro de Estudos Territoriais (2009), o qual declara que o Centro encontra-se entre as regiões com valores mais baixos de satisfação com a vida familiar.

A questão número 10 surgiu com vista à avaliação da **satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar**. Assim, constatou-se que 58% do grupo de estudo ( $n=177$ ) encontra-se satisfeito com a qualidade dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar e 18% ( $n=55$ ) declara-se muito satisfeito. Porém, verificou-se que cerca de 19 indivíduos (6,2%) estão pouco satisfeitos, sendo que 3 sujeitos asseveraram estarem insatisfeitos com os cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar. É de ressaltar que 51 elementos do grupo de estudo assumem uma posição neutra, com um valor percentual de 16,7 aproximadamente (anexo II, tabela 19).

Outro aspecto avaliado foi a **satisfação com a qualidade geral dos cuidados de saúde públicos** que o indivíduo recebeu no concelho de Tomar. Depreendeu-se que os elementos constituintes do grupo de estudo encontram-se, maioritariamente, satisfeito com a qualidade geral dos cuidados de saúde prestados (62,3%;  $n=190$ ); 20% afirma estar muito satisfeito ( $n=61$ ); 15% sente-se pouco satisfeito ( $n=15$ ); 12,1% refere estar neutro ( $n=37$ ) e, por ultimo, com menor valor percentual a opção “insatisfeito/a” com 0,7% ( $n=2$ ) (anexo II, tabela 20).

No que toca à **satisfação dos amigos, vizinhos e outros relativamente à qualidade geral dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar**, aferiu-se o seguinte: 79,7% dos inquiridos afirmam que os amigos, vizinhos, entre outros encontram-se satisfeitos com a qualidade dos cuidados e, aproximadamente 5,9% crêem estar muito satisfeitos. Já mais descontentes, 17 indivíduos (5,6%) declararam que os seus amigos, vizinhos e outros estão pouco satisfeitos e 0,7% admitem que os últimos estão insatisfeitos. Apenas 8,2% declaram que os seus amigos, vizinhos, familiares e outros estão neutros em relação à qualidade geral dos cuidados de saúde em questão (anexo II, tabela 21).

Quanto à **SPES**, procedeu-se a análise do estado geral de saúde, da saúde física e, posteriormente, mental. Assim, relativamente ao **estado geral de saúde**, apurou-se que 47,5% da amostra considera ter uma condição excelente de saúde em geral, assim como para a resposta “boa”, que apresenta um valor percentual similar de ao anterior (42,3%). Constatou-se, de igual

forma, que 10,2% consideram o seu estado de saúde razoável, não se verificando nenhuma resposta para a opção “pobre” (anexo II, tabela 22).

Procedeu-se da mesma forma para avaliar a percepção dos utentes quanto à sua saúde física e mental. Relativamente à primeira dimensão, com base na tabela 23 (anexo II), constatou-se que a maioria do grupo de estudo (43,6%) ajuíza que a sua **saúde física** é excelente e 41,3% refere ser boa. Verificou-se, também, que 14,1% considera que a sua saúde física é razoável e apenas 1% afirma ser pobre.

No que diz respeito à **saúde mental**, a tabela 24 (anexo II) mantém-se similar à anteriormente referida, uma vez que com maior representatividade surgiu a opção “excelente” com 52,8% de respostas ( $n=161$ ). Cerca de 116 indivíduos consideram ter uma boa saúde mental (38%, seguindo-se a opção “razoável” com 8,9% e, por último, um indivíduo respondeu ter uma saúde mental “pobre” (0,3%).

Tal como precedentemente, efectuou-se também ao teste T entre a **satisfação e importância atribuída pelos indivíduos relativamente ao estado de saúde geral, saúde física e saúde mental**. De acordo com Laureano (2011), uma vez que estão a ser comparadas duas características referentes aos mesmos indivíduos, pode-se afirmar que há relação entre as amostras, logo o pressuposto do emparelhamento das amostras está teoricamente verificado. No entanto, adita que a relação entre as amostras pode ser confirmada pelo cálculo do coeficiente de correlação linear de *Pearson*, que neste caso, vem contradizer o supramencionado, pois verifica-se a inexistência de relação entre as amostras ( $Pearson_{(305)} = -0,098$ ;  $p > 0,001$ ) (anexo II, tabela 25). Como tal, efectuou-se o teste Wilcoxon (anexo II, tabelas 26 e 27). A partir deste apurou-se que existem evidências estatísticas para se afirmar que a SPES é significativamente inferior à importância atribuída ao estado de saúde geral, saúde física e saúde mental ( $WilcoxonZ = -15,057$ ;  $p < 0,001$ ).

No sentido de compreender de forma mais aprofundada os dados obtidos quanto à **satisfação, importância, frequência de utilização e conhecimento sobre os vários serviços e programas de saúde públicos do concelho de Tomar**, recorreu-se, à análise estatística descritiva.

Relativamente à **satisfação com os vários serviços e programas de saúde públicos do concelho de Tomar**, procedeu-se à identificação das médias para cada serviço e programa de saúde (gráfico 1 e anexo II, tabela 28), excluindo a opção “sem opinião”, que corresponde a um total de 59,4% das respostas obtidas. Assim, no que toca à satisfação, aferiu-se que, da totalidade dos serviços e programas em estudo, o serviço de urgências é o que evidencia menor satisfação por parte dos utentes ( $x = 2,3$  aproximadamente). Quanto aos programas de saúde e serviços que obtiveram maior grau de satisfação, apuraram-se os seguintes: vacinação ( $x = 3,5$ ); PF, SI e TE (com  $x = 3,4$ ); SM e o serviço hospital de dia ( $x = 3,2$ ); doenças cardiovasculares, diabetes e CD ( $x = 3,1$ ) e a UCPC com  $x = 3$  (“satisfeito”). Seguido destes, observou-se que, para um nível de satisfação menor, porém ainda relevante, encontram-se os restantes serviços/programas de saúde, dispostos de forma descendente: cirurgia geral, cuidados paliativos, urologia, CE, serviço de sangue, psiquiatria, ortopedia, medicina interna, oftalmologia e AC. Segundo os dados obtidos, a urgência é o serviço

que espelha menor grau de satisfação, evidenciando uma média de 2,3; podendo mesmo afirmar-se que os utentes encontram-se pouco satisfeitos com o serviço de urgências disponível no concelho de Tomar.

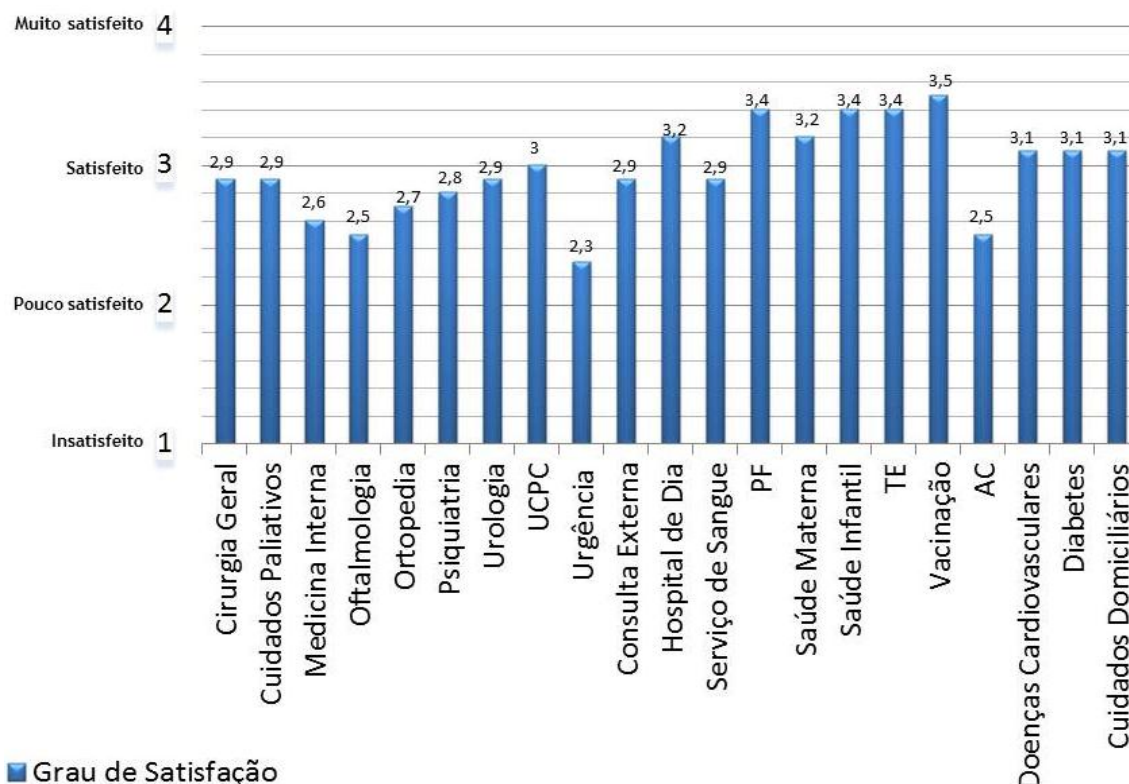


Gráfico 1 - Grau de Satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.

Relativamente à importância atribuída pelos utentes aos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar, constatou-se que existe uma homogeneidade quando às respostas obtidas. Tal como se pode observar no gráfico que se segue e na tabela 29 (anexo II), as médias obtidas situam-se entre 3,6 (AC) e 4,8 (serviço de urgência).

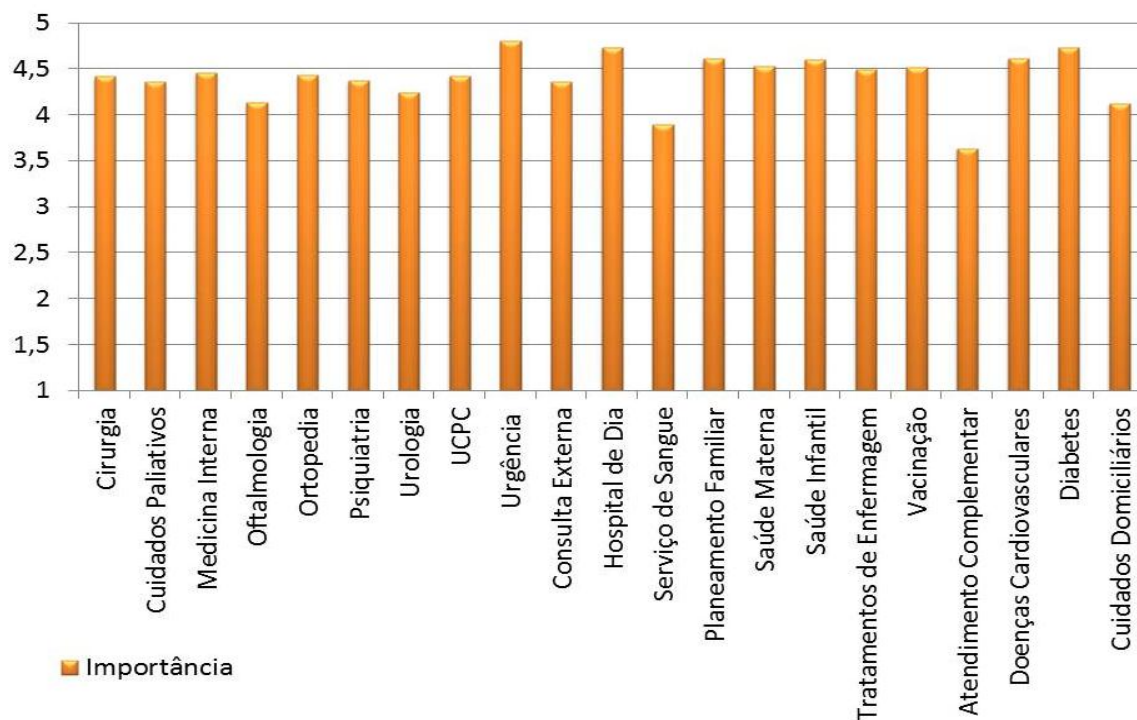


Gráfico 2 - Importância atribuída aos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.

Quanto à frequência de utilização dos programas e serviços de saúde públicos no concelho de Tomar, constatou-se que os mais recorridos são o serviço de urgência ( $x=3,8$ ), seguido da vacinação ( $x=3,5$ ), aos quais os utentes já recorreram pelo mais do que uma vez. Já com uma menor frequência, porém considerável, apuraram-se a cirurgia geral, UCPC, consulta externa, planeamento familiar, tratamentos de enfermagem e atendimento complementar. Posteriormente, o serviço de ortopedia, serviço de sangue, SM, SI, doenças cardiovasculares, diabetes e CD obtiveram uma média de respostas que corresponde à resposta que inclui a utilização, não por parte do questionado, mas sim por amigos, vizinhos ou familiares, tal como é possível verificar-se no gráfico 3 e na tabela 30 (anexo II). Os restantes serviços e programas de saúde (cuidados paliativos, medicina interna, psiquiatria, urologia e hospital de dia obtiveram uma média correspondente a “Nunca utilizei/ Não conheço ninguém que tenha utilizado”.

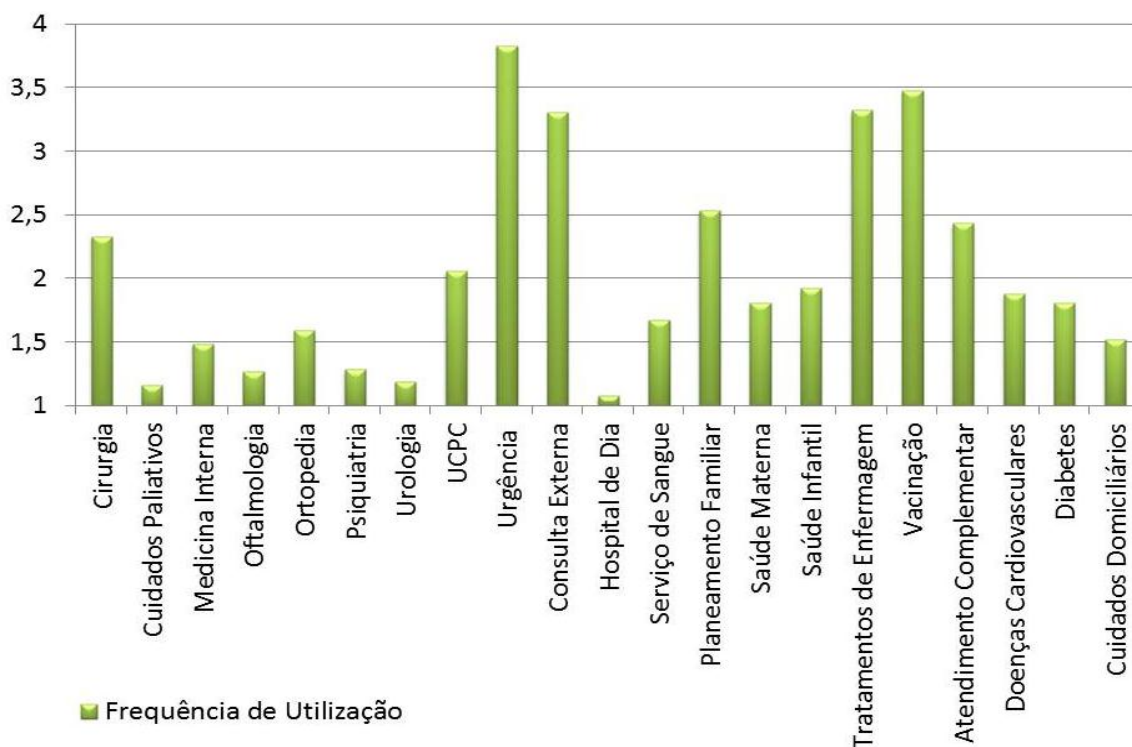


Gráfico 3 - Frequência de utilização dos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.

A título de curiosidade, averiguou-se a existência de correlação entre a **frequência de utilização e satisfação com a qualidade dos vários programas e serviços de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar**. Segundo tabela 31 (anexo II), apurou-se que as variáveis apresentam um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0,6 indicando uma correlação positiva elevada. Assim prossegue-se para a análise do teste T. Segundo a tabela 32 (anexo II), existem evidências estatísticas para se afirmar que a média da frequência de utilização dos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar é significativamente inferior à média da satisfação com os referidos serviços e programas de saúde ( $t_{(304)} = -6,461$ ;  $p < 0,001$ ).

A última questão incide sobre os **conhecimentos que o utente considera possuir sobre os vários programas e serviços de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar** (gráfico 4). Após análise do gráfico, averiguou-se que a maioria do grupo de estudo considera ter poucos conhecimentos. Aferiu-se que os serviços de urgência ( $x=2,7$ ), CE ( $x=2,6$ ) e medicina interna ( $x=2,6$ ) são apontados como os que os utentes possuem mais conhecimento, enquanto que o serviço de hospital de dia (Quimioterapia/Oncologia), com  $x=2$ , corresponde à opção “muito pouco” conhecimento (anexo II, tabela 33).

No presente estudo, não se verificou uma correlação positiva entre o nível de **conhecimentos** e o nível de **satisfação dos utentes com os serviços e programas de saúde**, obtendo-se um coeficiente de correlação de *Pearson* nulo, contrariando a afirmação de que existe “uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes” (Meehan, 1999; Melo, 2005; Neto *et al.* 2003; Oermann e Templin, 2000).



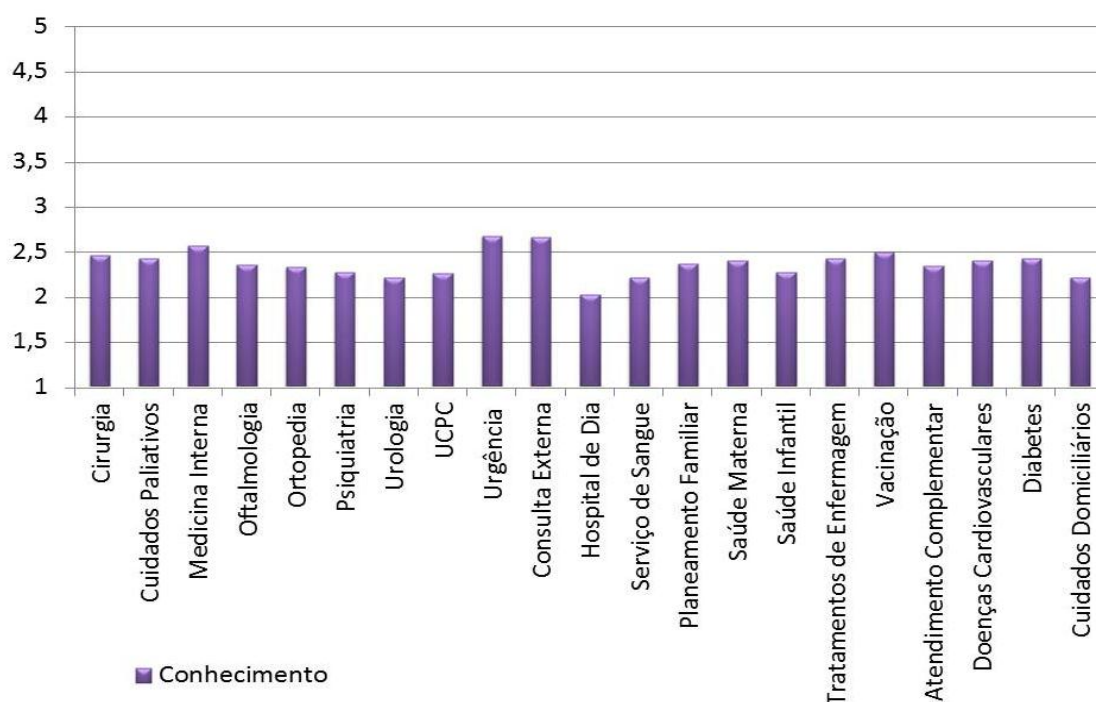
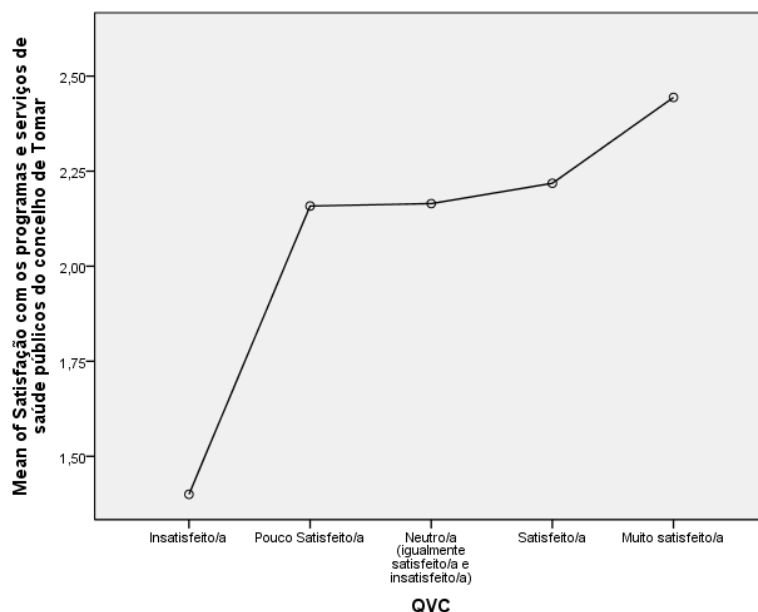


Gráfico 4 - Conhecimento sobre os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar.

Posteriormente, procedeu-se à análise da relação entre as variáveis: **importância e a satisfação de cada serviço e programa de saúde público do concelho de Tomar**. Assim, ao analisar a tabela 34 (anexo II), constata-se que não existe correlação entre a importância e a satisfação de cada serviço e programa de saúde público do concelho de Tomar. Uma vez que não se verificam os pressupostos, efectuou-se o teste *Wilcoxon* (anexo II, tabelas 33 e 34). A partir deste apurou-se que existem evidências estatísticas para se afirmar que a satisfação com os serviços e programas de saúde públicos do concelho de Tomar é significativamente inferior á importância atribuída aos serviços e programas de saúde em questão ( $WilcoxonZ = -15,111; p < 0,001$ ).

Por último, efectuou-se o teste T para as variáveis **QVC e satisfação com os serviços e programas de saúde público do concelho de Tomar**. Uma vez que os pressupostos foram verificados ( $n > 30$ ; coeficiente de *Pearson* = 0,119 e  $p < 0,05$ ) (anexo II, tabela 35), procedeu-se à análise da tabela 36 (anexo II) referente ao teste T. Através desta, verifica-se que  $t_{(304)} = 35,481$  e  $p = 0,000$ , ou seja, a média da QVC é inferior à média da satisfação com os serviços e programas de saúde, com 95% de confiança (anexo II, tabela 36).



**Figura 4** - Médias da QVC e da satisfação com os programas e serviços de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar

Através da análise da figura acima apresentado, constata-se que os utentes que evidenciam menor QVC, avaliaram mais desfavoravelmente a qualidade dos cuidados prestados, facto que vai ao encontro do verificado por Ferreira *et al.* (2001) e Ferreira (2003).

## 6.3 TESTES DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedeu-se à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Na óptica de Richardson (1989), a análise inferencial é a operação pela qual se aceita ou rejeita uma proposição em virtude da sua relação com outras.

Deste modo, efectuou-se a análise inferencial entre as diversas variáveis, com o objectivo de testar as hipóteses previamente formuladas.

### 6.3.1. Hipótese 1 - A SCCS é função directa da satisfação com vários programas e serviços de saúde na comunidade (SICS)

Antes de se proceder à análise da H1, é necessária a avaliação da SICS. Para tal, efectuou-se uma regressão linear múltipla, com vista à verificação da relação funcional entre a variável dependente (SICS) e as variáveis independentes (satisfação com a qualidade dos os diversos programas e serviços de saúde comunitários).



Primeiramente, no sentido de obter a variável SCCS, procedeu-se ao cálculo da média das questões 10.1, 10.2 e 10.3, indo ao encontro do procedimento efectuado no estudo de Rahtz *et al.* (2004).

De acordo com Laureano (2011), ao realizar-se o teste de regressão, deve-se, numa primeira instância, procurar verificar os seguintes pressupostos:

1. A relação entre a satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar e a SCCS é linear;
2. Os erros (variável aleatória residual) podem ser valores positivos e negativos, pelo que a sua média é zero;
3. A variância dos erros é sempre constante para qualquer valor da avaliação, isto é, verifica-se a homocedasticidade (ou homogeneidade dos erros);
4. Os valores dos erros distribuem-se independentemente uns dos outros \_ pressupostos da ausência de multicolinearidade entre as variáveis explicativas;
5. Os valores dos erros seguem uma distribuição normal.

Procedeu-se, então, à verificação dos pressupostos acima descritos:

- Para a avaliação da relação linear entre a SCCS e a satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar, analisa-se o coeficiente de correlação linear de *Pearson* e a significância (Laureano, 2011). Segundo a tabela 37, constata-se a existência de uma relação linear positiva entre a variável dependente SCCS e as variáveis cirurgia geral, ortopedia, UCPC, urgência, CE, PF, SM, SI, TE, vacinação, doenças cardiovasculares, diabetes e AC. É de referir que o valor mais elevado do coeficiente de correlação  $R$  corresponde aos serviços de urgência ( $R=0,432$  e  $p=0,000$ ) e CE ( $R=0,395$  e  $p=0,000$ ).
- Quanto ao pressuposto dos erros terem média nula, este é verificado através da análise de resíduos (anexo II, tabela 38). Uma vez que a média dos resíduos corresponde a zero, o pressuposto é verificado.
- No que concerne ao pressuposto da homocedasticidade dos erros, através do diagrama de dispersão entre os resíduos standardizados e os valores previstos standardizados (figura 5), pode-se aferir que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em redor da recta resíduos = 0. Considera-se, assim, o pressuposto confirmado.

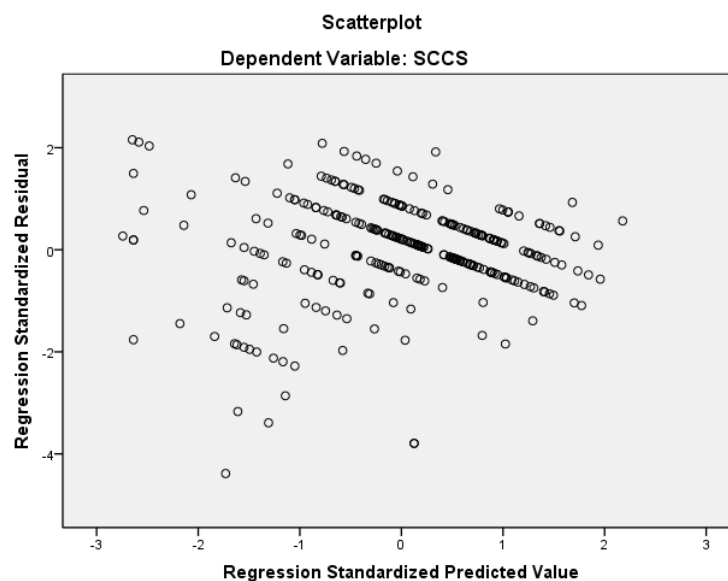


Figura 5 - Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados.

- O pressuposto da ausência de multicolinearidade entre as variáveis explicativas, é avaliado através do teste de teste de *Durbin-Watson (DW)*, cujas hipóteses são:

$H_0$ : os erros não são autocorrelacionados, ou seja, são independentes.

$H_a$ : os erros são autocorrelacionados, isto é, não são independentes.

De acordo com a tabela 39 (anexo II), uma vez que o valor do teste de *DW* está próximo de dois ( $DW=1,489$ ), não se rejeita a hipótese nula, logo considera-se que não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes. Assim, o pressuposto da independência verifica-se.

- Relativamente ao pressuposto da distribuição normal dos erros, este foi averiguado através de um gráfico de probabilidade normal. Como se pode observar na figura 6, os erros possuem uma distribuição normal, pois os valores representados no gráfico distribuem-se mais ou menos na diagonal principal, ao encontro do recomendado por Maroco (2007). Assim, considera-se o pressuposto verificado.

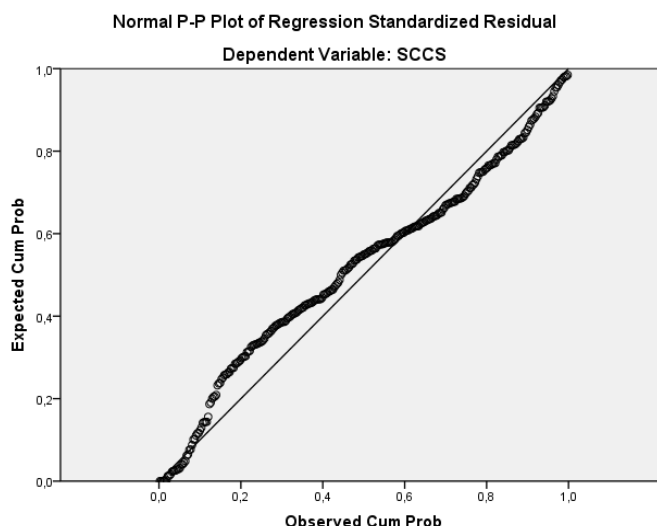


Figura 6- Distribuição normal dos erros.

Seguidamente, efectuou-se a análise da qualidade do modelo. Assim, através da tabela 34 (anexo II), verifica-se que coeficiente de correlação  $R$  equivale a 0,606 o que traduz uma associação moderada entre as variáveis dependente e independentes.

Efectuou-se, também, a análise para cada serviço/programa de saúde, tendo-se verificado um associação:

- ✓ Moderada nos serviços de urgência ( $R=0,432$ ) e CE ( $R=0,325$ );
- ✓ Baixa/fraca nos serviços de cirurgia geral, ortopedia, UCPC. Entre os programas de saúde com baixa associação encontram-se o PF, SM, SI, TE e vacinação;
- ✓ Muito baixa associação: serviço de sangue e os programas AC, doenças cardiovasculares e diabetes.

Apurou-se que o  $R^2=0,367$ . Assim, constata-se que 36,7% da variância da variável dependente (SCCS) é explicada pela variável independente (SICS). Este valor é significativo, pois como se pode observar na tabela da ANOVA (anexo II, tabela 39) o valor de  $F$  é significativo para um nível de significância de 0,000; o que indica que a SICS ajuda a reduzir o erro na estimação da variável SCCS em 36,7%.

Quanto ao erro padrão da regressão, o qual mede a precisão das estimativas, constatou-se que os erros de precisão são, em média, de 0,51 valores. Ou seja, em média, a SCCS estimada afasta-se da SCCS real em 0,51 valores (anexo II, tabela 34).

Desta forma, o modelo estimado para explicar a SCCS obtida em função da SICS (satisfação com os diversos programas e serviços de saúde) tem franca qualidade, uma vez que a sua capacidade explicativa é significativa (36,7% da variação da SCCS é explicada pelo modelo), assim como uma boa capacidade preditiva (erros de precisão de 0,51 valores).

**Tabela 40** – Coeficientes da regressão.

		Coefficients <sup>a</sup>				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,499	,157		15,931	,000
	Cirurgia Geral	,055	,028	,136	1,992	,047
	Cuidados Paliativos	-,012	,040	-,018	-,309	,757
	Medicina Interna	-,028	,032	-,054	-,864	,388
	Oftalmologia	-,003	,039	-,004	-,071	,943
	Ortopedia	,041	,025	,090	1,663	,097
	Psiquiatria	,031	,032	,050	,955	,340
	Urologia	-,067	,038	-,108	-1,762	,079
	UCPC	,034	,027	,084	1,262	,208
	Urgência	,249	,041	,324	6,115	,000
	CE	,080	,030	,155	2,682	,008
	Hospital de Dia	-,043	,053	-,043	-,800	,425
	Serviço de Sangue	-,014	,027	-,029	-,516	,606
	PF	,036	,021	,100	1,679	,094
	SM	-,016	,043	-,037	-,359	,720
	SI	,019	,039	,049	,483	,630
	TE	,054	,027	,125	2,010	,045
	Vacinação	-,034	,030	-,067	-1,136	,257
	AC	-,013	,025	-,030	-,528	,598
	Doenças Cardiovasculares	,026	,026	,061	,994	,321
	Diabetes	,010	,026	,022	,368	,713
	CD	-,002	,025	-,004	-,067	,946

a. Dependent Variable: SCCS

Posteriormente, analisou-se os coeficientes da regressão (tabela 40), no sentido de apurar quais os serviços e programas de saúde que apresentam as maiores contribuições relativas para explicar a influência sobre a SCCS. Tal verificou-se para os serviços de urgência e CE ( $p < 0,001$ ). Com uma menor contribuição, porém significativa, encontram-se a cirurgia geral e os TE ( $p < 0,05$ ).

Pode-se inferir que o serviço de urgência e CE influenciam a SCCS, sendo os que apresentam as maiores contribuições relativas para explicar a influência sobre a SCCS, não se confirmando a influencia dos cuidados paliativos, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria, urologia, UCPC, hospital de dia, serviço de sangue, PF, SM, Si, vacinação, AC, doenças cardiovasculares, diabetes e CD.

### 6.3.2. Hipótese 2 - A QVC é positivamente predita pela SCCS

Adoptando o conceito utilizado por Rahtz *et al.* (2004), entende-se por QVC a satisfação com a comunidade em que se insere. Assim, realizou-se o teste de regressão linear entre a SCCS (variável independente) e a QVC (variável dependente), para averiguar se a segunda é, positivamente, predita pela primeira.

- Para testar a relação linear entre as variáveis em questão, verificou-se o coeficiente de correlação linear de *Pearson* (Laureano, 2011). Uma vez que  $Pearson = 0,317$  e  $p\text{-value} = 0,000$  constata-se a existência de uma relação linear positiva e significativa entre as duas variáveis (anexo II, tabela 41).

Este pressuposto pode, também, ser verificado através do diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados. De facto, os pontos distribuem-se aleatoriamente em torno da recta resíduos = 0 (figura 7). Deste modo o pressuposto da linearidade do fenómeno em estudo está verificado.

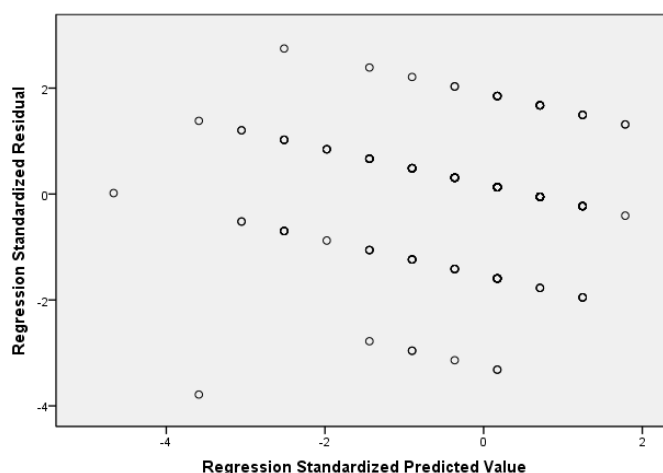


Figura 7 - Diagrama de dispersão entre resíduos.

- Para verificar o pressuposto dos erros com média nula, recorreu-se à análise dos resíduos (anexo II, tabela 42). Ao analisar a tabela de resíduos, verificou-se que o pressuposto é válido, pois a média dos resíduos é aproximadamente zero.
- O pressuposto da homocedasticidade dos erros é verificado através do diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados (Figura 7). Uma vez que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da recta resíduos = 0, isto é, não evidenciam qualquer padrão, considera-se o pressuposto verificado.
- De seguida, procedeu-se à avaliação do pressuposto dos erros serem independentes através do teste de *DW* (tabela 43). Dado o valor do teste de *DW* estar próximo de dois ( $DW=1,909$ ), não se

rejeita a hipótese nula, logo considera-se que não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes, estando, assim, o pressuposto verificado.

- O pressuposto dos erros seguirem uma distribuição normal é verificado através da figura 8. Após análise do mesmo, constata-se que a os erros não apresentam uma distribuição normal. Contudo, segundo o Teorema do Limite Central, pode considerar-se que o pressuposto está verificado, pois  $n=305$  ( $>30$ ).

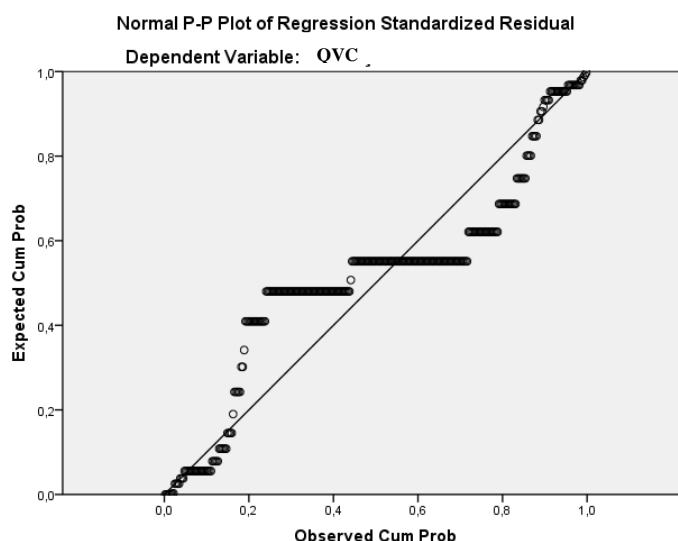


Figura 8- Distribuição dos erros.

Tal como se pode observar, os cinco pressupostos foram verificados e, como tal, o modelo de regressão é válido sem restrições.

Seguidamente, procedeu-se ao teste de regressão. Para tal, avaliou-se o coeficiente de correlação  $R$ , o qual revelou uma associação positiva significativa entre a QVC e a SCCS ( $R=0,317$ ) e o coeficiente de regressão entre as variáveis ( $p<0,001$ ) (anexo II, tabela 43 e 44).

Tabela 43- Regressão linear da avaliação da SCCS como preditora da QVC.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,317 <sup>a</sup>	,100	,097	,58037	1,909
a. Predictors: (Constant), SCCS					
b. Dependent Variable: QVC					

Através do teste aplicado (tabela 43), aferiu-se que o  $R$  Square corresponde a 0,100. Tal valor traduz que 10% da variância da variável dependente (QVC) é explicada pela variável independente,

neste caso SCCS. Ou seja, apenas 10% da variação da QVC é explicada pela variação da SCCS, sendo os restantes 90% dessa variação dilucidada outros factores ou por erros de medição.

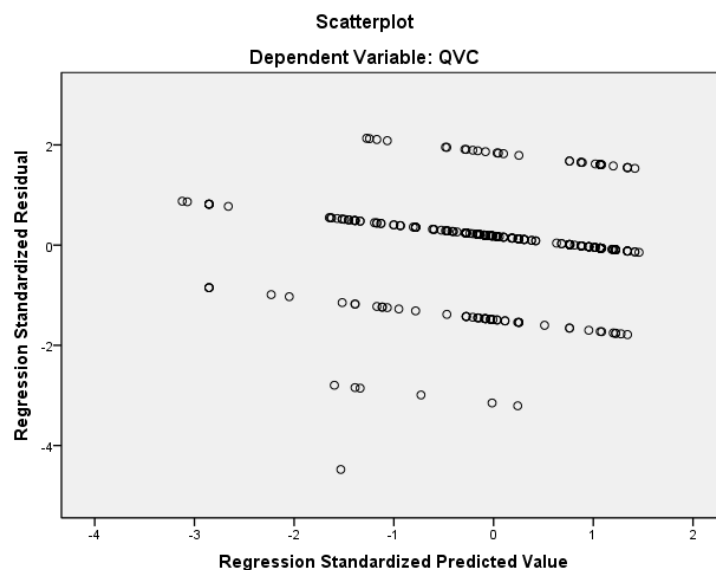
Desta forma, o modelo estimado para explicar QVC obtida em função da SCCS tem fraca qualidade, uma vez que a sua capacidade explicativa é baixa (10% da variação da QVC é explicada pelo modelo), apesar do erro de predição corresponder a 0,58 valores.

#### **6.3.2.1. Hipótese 2.1 - Os programas e serviços de saúde que estão associados à SCCS influenciam a QVC**

Com vista a apurar quais dos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar influenciam a QV dessa comunidade, utilizaram-se os serviços e programas de saúde apurados anteriormente (urgência, CE e TE) para testar a presente hipótese.

Tal como nas hipóteses anteriores, efectuou-se a análise de resíduos, para verificação dos pressupostos e validação do modelo.

- Para a avaliação da relação linear entre a QVC e a satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar já previamente apurados na H1, avaliou-se o coeficiente de correlação linear de *Pearson*. Constata-se a existência de uma relação linear positiva entre a variável dependente QVC e os serviços de urgência, CE, cirurgia geral e TE. É de salientar que, o valor mais elevado do coeficiente de correlação R corresponde ao serviço de urgência ( $R=0,204$  e  $p=0,000$ ).
- O pressuposto dos erros terem média nula é verificado através da análise de resíduos. Dado a média dos resíduos ser igual a zero, o pressuposto é verificado (anexo II, tabela 45).
- A verificação do pressuposto da homocedasticidade/homogeneidade dos erros é feita através do diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados. Através do diagrama abaixo apresentado (Figura 9), pode-se aferir que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em redor da recta resíduos = 0, estando, deste modo, o pressuposto confirmado.



**Figura 9** - Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados.

- O pressuposto da independência entre as variáveis explicativas, é avaliado através do teste de teste de *DW*. De acordo com a tabela 46, uma vez que o valor do teste de *DW* está próximo de dois ( $DW=1,804$ ), não se rejeita a hipótese nula, logo considera-se que não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes. Assim, o pressuposto da independência confirma-se.

No que respeita ao pressuposto da distribuição normal dos erros, este foi verificado através da figura 10, o qual demonstra que os erros possuem uma distribuição normal. Tal justifica-se pelo facto de os valores representados no gráfico distribuírem-se na diagonal principal, sendo legítimo afirmar a confirmação do pressuposto.



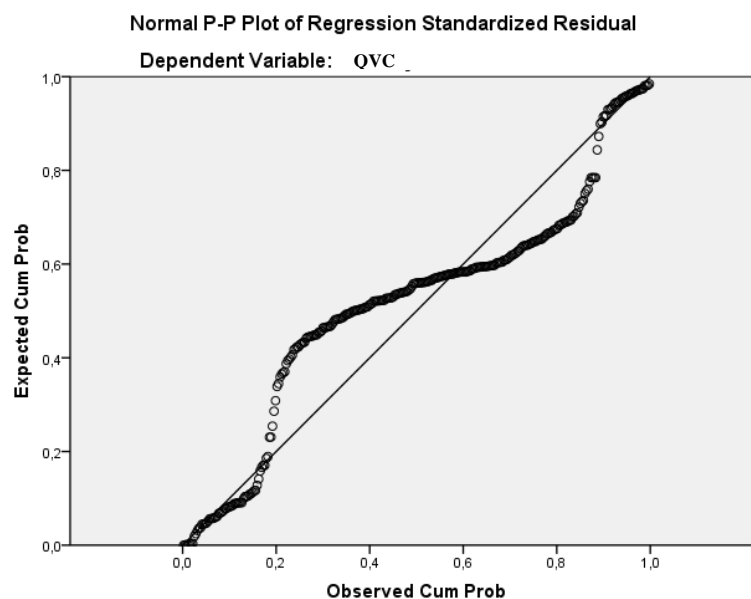


Figura 10- Distribuição normal dos erros.

Após verificação dos resíduos, procedeu-se à análise pormenorizada do teste de regressão efectuado, com vista a obter dados para validação da hipótese em questão.

Através do teste aplicado, verificou-se que 4,8% da variância da variável dependente (QVC) é explicada pelos programas e serviços de saúde utilizados (tabela 46).

Tabela 46 - Regressão linear da avaliação dos programas/serviços de saúde como preditores da QVC.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,219 <sup>a</sup>	,048	,035	,59996	1,804
a. Predictors: (Constant), Satisfação com a qualidade do serviço Tratamentos de Enfermagem do Centro de Saúde de Tomar, Satisfação com a qualidade do serviço de Urgência do Hospital de Tomar, Satisfação com a qualidade do serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Tomar, Satisfação com a qualidade do serviço de Consulta Externa do Hospital de Tomar					
b. Dependent Variable: QVC					

Tal como se pode constatar pela tabela 47, dos serviços e programas de saúde que influenciam a SCCS, nem todos têm influência na QVC. Ou seja, dos programas e serviços de saúde que influenciam positivamente a SCCS, apenas o serviço de urgência apresenta contribuição relativa para explicar a influência sobre a QVC ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 47** - Relação entre os serviços e programas de saúde que proporcionam SCCS e QVC (H2.1).

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,343	,157		21,300	,000
	Cirurgia Geral	,009	,024	,022	,357	,721
	Urgência	,138	,045	,183	3,059	,002
	CE	,046	,033	,090	1,382	,168
	TE	-,014	,027	-,032	-,503	,615
a. Dependent Variable: QVC						

### 6.3.3. Hipótese 3 - A QVC está relacionada com a Satisfação com a Vida Familiar e Satisfação Profissional

Com vista a verificar se a satisfação com a vida familiar e/ou profissional concorrem para a QVC, realizou-se o teste T.

Assim, com base na análise efectuada pelas tabelas seguintes, constatou-se que, apesar de o Teorema do Limite Central confirmar o pressuposto do emparelhamento ( $n=305>30$ ), apenas a satisfação profissional evidencia uma relação significativa com a QVC ( $R=0,238$ ;  $p=0,000$ ), dado a satisfação com a vida familiar apresentar  $p>0,001$  (tabela 48).

Tal facto vem contrariar os resultados do estudo efectuado por Abrunheiro (2005) e Rathz *et al.* (2004), o qual descreve a existência de uma associação positiva significativa entre a QV e o factor satisfação com a família/vida familiar.

**Tabela 48** -Correlação de *Pearson* quanto à Satisfação Profissional e QVC.

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Satisfação com a Profissional e QVC	305	,238	,000
Pair 2	Satisfação com a Vida Familiar e QVC	305	,055	,339

Uma vez que não se verificou o pressuposto para QVC e satisfação com a vida familiar, realizou-se o teste *Wilcoxon* (anexo II, tabelas 49 e 50). A partir deste apurou-se que existem evidencias estatísticas para se afirmar que o nível de QVC é significativamente inferior à satisfação com a vida familiar ( $WilcoxonZ = -10,857$ ;  $p<0,001$ ).

Relativamente à satisfação profissional, através do teste T, aferiu-se que a respectiva média é de 3,6951 e a média da QVC de 3,8918 (anexo II, tabela 51). A média obtida da diferença entre as duas variáveis é de -0,19672; o intervalo de confiança para a diferença entre médias corresponde a [-0,29174; -0,10170];  $t = -4,074$  e  $p=0,000$ . De facto, embora ambas as avaliações (medidas numa escala de 1-5) sejam, em média, bastante boas (superiores a 3), verifica-se que a média da satisfação profissional é inferior à QVC entre 0,292 e 0,102 (aproximadamente), com 95% de confiança (anexo II, tabela 52).

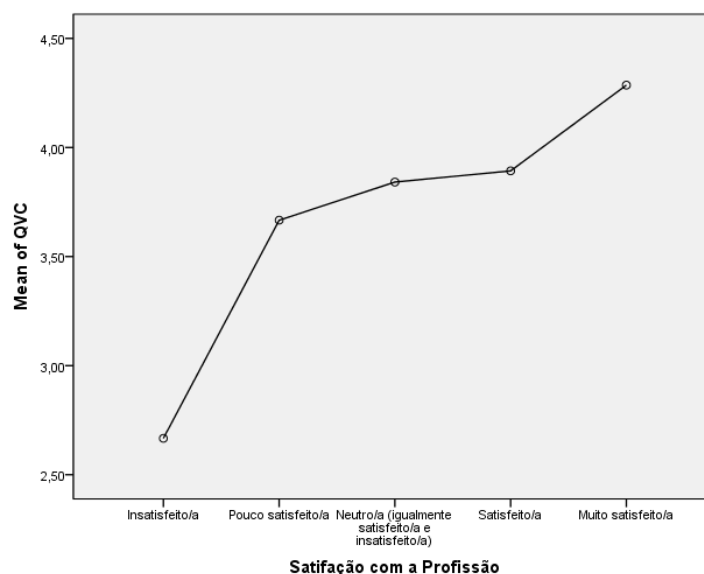


Figura 11- Média da QVC e satisfação profissional.

A partir da figura acima apresentada, pode-se afirmar que, tal como Rahtz e Sirgy (2000) defendem, sentimentos de insatisfação com o trabalho são susceptíveis de levar a sentimentos de insatisfação com a comunidade, e consequentemente, com a QVC, e vice-versa.

Assim, a partir do estudo desenvolvido, também foi possível aferir que, ao contrário do defendido por vários investigadores, não se verifica correlação positiva entre a satisfação com a vida familiar e QVC, ao contrário da satisfação profissional que vai ao encontro dos resultados do estudo realizado pela Synergy Health Limited (2009).

#### 6.3.4. Hipótese 4 - A QVC tende a ser maior para um indivíduo cuja SPES é reduzida

Para a análise da hipótese 4, realizou-se o teste ANOVA. Porém, tal como Laureano (2011) determina, primeiramente, deve-se proceder à verificação dos pressupostos. São eles: independência das amostras, distribuição normal e homogeneidade das variâncias; sendo que o

último, constitui um dos pressupostos mais importantes na análise de variância (Pestana e Gageiro, 2005).

Deste modo, quanto à independência das amostras, dado os indivíduos que constituem cada grupo não estarem relacionados entre si, pode-se afirmar que o pressuposto está verificado.

No que concerne à distribuição, segundo o Teorema do Limite Central, pode considerar-se que o pressuposto está verificado, pois  $n > 30$  (anexo II, tabela 53).

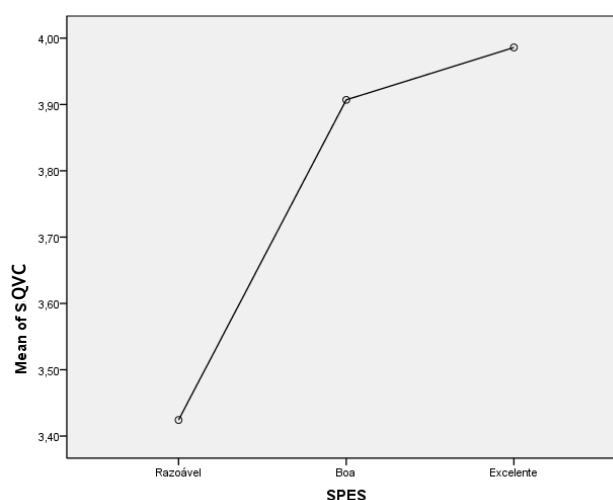
Com o intuito de verificar a homogeneidade das variâncias entre as variáveis em questão, efectuou-se o teste de Levene. Ao analisar-se a tabela 54 (anexo II), observa-se que a variância não é homogénea para as médias do grupo etário (Levene  $(2;302)=12,732$ ;  $p=0,000 < 0,05$ ).

Uma vez não verificado o pressuposto da homogeneidade da variância, procedeu-se à realização dos testes de robustez de Welch e Brown-Forsythe a fim de verificar se as médias da variável QVC diferem significativamente entre os indivíduos pertencentes a cada grupo de SPES, de acordo com o recomendado por Pestana e Gageiro (2005). Através da interpretação do teste de robustez de Welch e Brown-Forsyth (tabela 55), conclui-se que existem diferenças significativas entre a QVC e SPES, pois  $p < 0,05$ .

**Tabela 55** - Teste de robustez de Welch e Brown-Forsyth.

QVC				
	Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	6,420	2	81,952	,003
Brown-Forsythe	8,489	2	69,527	,001
a. Asymptotically F distributed.				

No sentido de compreender como as variáveis em questão se relacionam, segue-se a seguinte figura:



**Figura 12** - Médias da QVC e SPES.

Na figura acima apresentada, pode-se constatar que a QVC tende a aumentar quando o nível de SPES se eleva, atingindo o nível máximo quando a SPES é referida como excelente, tal como Chantal (2001) defende. Assim, a hipótese não é válida, uma vez que esta propunha que a QVC tende a ser maior para um indivíduo cuja SPES é reduzida, contrariando o verificado no estudo efectuado por Rathz *et al.* (2004).

### 6.3.5. Hipótese 5 - A QVC tende a ser maior para um indivíduo que tem mais idade

Com o intuito de se verificar se as diferenças são significativamente diferentes entre os diferentes grupos etários e a QVC, recorreu-se à análise da variância (ANOVA).

Segundo Laureano (2011), para executar o teste ANOVA, devem ser verificado três pressupostos: independência das amostras, distribuição normal e homogeneidade das variâncias; sendo que o último, constitui um dos pressupostos mais importantes na análise de variância (Pestana e Gageiro, 2005).

Os utentes pertencentes aos diferentes grupos etários não estão relacionados entre si, logo o pressuposto da independência das amostras está verificado.

Relativamente à distribuição, para os grupos etários 55-64 anos ( $n=23$ ); 65-74 anos ( $n=17$ ) e mais de 75 anos de idade ( $n=10$ ) têm-se três pequenas amostras, pelo que se realizou o teste de ajustamento à normal de Shapiro-Wilk (SW) são para verificar o pressuposto nestes dois grupos. Quanto às restantes faixas etárias, segundo o Teorema do Limite Central, pode considerar-se que o pressuposto está verificado ( $n>30$ ).

Através da análise da tabela 56 (anexo II), constata-se que os valores do teste SW são:

- 55-64 anos:  $SW_{(23)}=0,758$ ;  $p=0,00$ .
- 65-74 anos:  $SW_{(17)}=0,732$ ;  $p=0,00$ .
- Mais de 75 anos:  $SW_{(10)}=0,794$ ;  $p=0,012$ .

Assim, dado que  $p<0,05$ , apurou-se violação do pressuposto para os grupos etários 55-64, 65-74 e superior a 74 anos. De acordo com Laureano (2011), a violação do pressuposto da normalidade dos erros leva a perda de rigor dos intervalos de confiança para os parâmetros, que na sua construção consideram a distribuição normal, sendo passível a realização do teste.

Na tabela 57 (anexo II), podem observar-se os resultados do teste de homogeneidade de Levene para o grupo etário. Ao analisar-se a homogeneidade da variância dos utentes, verifica-se que a variância é homogénea para as médias do grupo etário ( $Levene_{(6;298)}=1,597$ ;  $p=0,148 > 0,05$ ).

Uma vez que nem todos os pressupostos foram verificados, nomeadamente, o da normalidade, realizar-se-à, como alternativa, o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis H*. Procedeu-se, então ao teste:

$H_0$  = os sete grupos etários têm a mesma distribuição da QVC.

$H_a$  = existe pelo menos um grupo de indivíduos, definidos pelos grupo etários, que tem distribuição da QVC diferente das demais.

De acordo com a tabela 58 (anexo II), dado que o valor de *Kruskal-Wallis H* corresponde a 4,346 e  $p=0,630$  ( $p > 0,05$ ), não se rejeita  $H_0$ .

De forma, para testar esta hipótese recorreu-se novamente ao teste Anova (tabela 59), não sendo possível verificar diferenças estatisticamente significativas ao nível da QVC e da idade ( $F=0,961$  e  $p=0,452$ ). Assim, contrariamente ao esperado pela revisão da literatura a hipótese 5 inicialmente formulada não se confirmou, facto que se opõe ao declarado por Rathz *et al.* (2004).

Tabela 59 - Teste ANOVA.

QVC					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,153	6	,359	,961	,452
Within Groups	111,276	298	,373		
Total	113,430	304			

### 6.3.6. Hipótese 6 - A QVC tende a ser maior para um indivíduo com reduzido rendimento mensal

Para avaliar se a QVC tende a ser maior para um nível remuneratório é baixo, efectuou-se o teste ANOVA. Contudo, primeiramente, procedeu-se à verificação dos pressupostos anteriormente mencionados. Tal como para o grupo etário, também neste caso, os utentes pertencentes aos diferentes níveis de remuneração não estão relacionados entre si, pelo que o pressuposto da independência das amostras está verificado.

Relativamente ao pressuposto da distribuição, tem-se duas amostras pequenas: o nível de rendimento entre 1-500 euros ( $n=28$ ) e 501-1000 euros ( $n=10$ ). Como tal, efectuou-se o teste de SW. Após análise da tabela 60 (anexo II), apurou-se que para a remuneração entre:

- 1 e 500euros:  $SW_{(28)}=0,792$  e  $p=0,000$
- 501 e 1000euros:  $SW_{(10)}=0,815$  e  $p=0,022$

Desta forma, apurou-se que, quanto aos grupos supramencionados, a QVC não segue uma distribuição normal, pois  $p<0,05$ . Quanto aos níveis de remuneração remanescentes, pode-se afirmar a verificação, pois de acordo com o Teorema do Limite Central são amostras grandes ( $n>30$ ).

Após análise da tabela 61 (anexo II) referente ao teste de homogeneidade das variâncias, constatou-se que variância é homogênea para as médias da remuneração (Levene<sub>(4;300)</sub>=1,307;  $p=0,268>0,05$ ).

Posteriormente, efectuou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis H*, uma vez que nem todos os pressupostos não foram verificados, nomeadamente, o da normalidade. Assim, tem-se:

$H_0$  = os cinco grupos remuneratórios têm a mesma distribuição da QVC.

$H_a$  = existe pelo menos um grupo remuneratório, definidos pelos níveis de remunerações, que tem distribuição da QVC diferente das demais.

De acordo com a tabela 62 (anexo II), dado que de *Kruskal-Wallis H*= 11,252 e  $p=0,054$  ( $p>0,05$ ), aceita-se a  $H_0$ , ou seja, os grupos remuneratórios têm a mesma distribuição da QVC.

Finalmente, efectuou-se o teste de análise de variância – ANOVA. Através da análise da tabela 63, apurou-se que existem evidências estatísticas para se afirmar que existe pelo menos um grupo de indivíduos que tem média da QVC diferente das demais, pois  $F_{(4;300)}=2,477$  e  $p=0,044$  para um nível de significância de 0,05, ou seja, a remuneração influencia a QVC.

**Tabela 63** - Teste ANOVA.

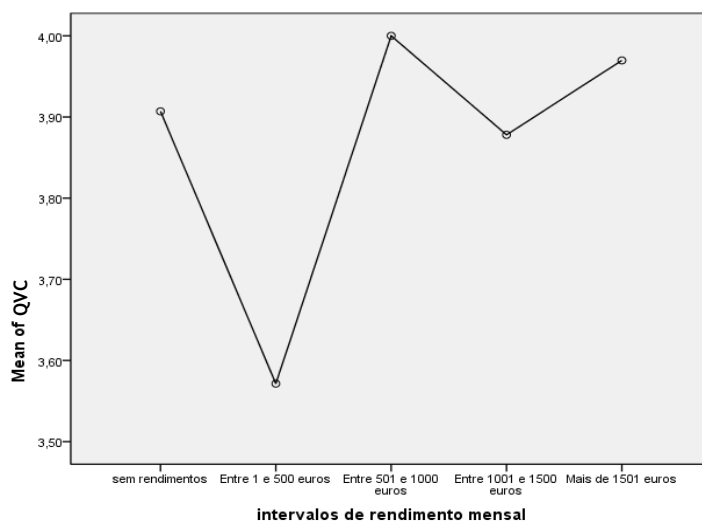
QVC					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,627	4	,907	2,477	,044
Within Groups	109,803	300	,366		
Total	113,430	304			

Para o grupo entre 1 e 500 euros a média de QVC é de 3,57 aproximadamente (na escala de 1 a 4 situa-se entre as respostas “boa” e “excelente”), seguindo-se o grupo que se situa entre 1001 e 1500 euros com média equivalente a 3,88 aproximadamente. Os níveis remuneratórios situados entre 501-1000 euros e mais de 1501 euros, apresentam o maior nível de QVC.

É de referir que os indivíduos sem rendimentos afirmam ter uma QVC significativamente elevada. Tal facto, pode estar relacionado com a idade dos questionados, nomeadamente, ainda estar dependente dos pais ou a residir com os mesmos, dado que a média apurada para os indivíduos sem rendimentos ser de 26 anos.

Na sequência dos resultados encontrados, esquematiza-se de seguida na figura 13, as médias relativas à QVC para cada nível de remuneração. Assim, constata-se que, tanto para os indivíduos com menos rendimentos como os que recebem um valor monetário elevado, evidenciam uma QVC elevada (tendo em conta que a totalidade das respostas se situa entre 3,57 e 4), facto esse partilhado por Vigorito (2010) e pelos resultados apresentados pelo Centro de Estudos Territoriais

(2009). Deste modo, a hipótese não se confirma, ou seja, rejeita-se que a QVC tende a ser maior quando o índice remuneratório é baixo, tal como afirmam Rathz *et al.* (2004).



**Figura 13** - Médias de QVC e os níveis de rendimento mensal.



## **7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES**

### **7.1 CONCLUSÕES**

A presente investigação teve como principal objectivo verificar se a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos influencia a QVC, estudo este aplicado aos residentes do concelho de Tomar. Para operacionalizar os objectivos inicialmente formulados e testar as hipóteses, realizou-se um estudo à luz da abordagem quantitativa, de carácter descritivo, analítico, correlacional e transversal. A partir desta investigação resultaram várias conclusões que se crê poderem contribuir para o aprofundamento da temática e, de alguma forma, identificar e compreender quais e como os domínios de vida abordados e as características de uma população influenciam a qualidade de vida comunitária, apesar de nem todas irem ao encontro dos resultados de outros investigadores.

Inicialmente, realizaram-se alguns testes entre algumas variáveis, no sentido de se verificar se existe diferenças entre as médias das mesmas. Constatou-se, assim, que existem evidências significativas para se afirmar que:

- A média da importância atribuída à qualidade de vida comunitária é igual à média da qualidade de vida comunitária;
- A média da frequência de utilização dos programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar é inferior à média da satisfação com os mesmos programas e serviços de saúde;
- A média da satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar é significativamente inferior à importância atribuída aos mesmos programas e serviços de saúde;
- A média da qualidade de vida comunitária é inferior à da satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar (sendo que os utentes que evidenciam menor qualidade de vida comunitária, avaliaram mais desfavoravelmente satisfação com a qualidade dos serviços e programas em questão).

No que toca à variável conhecimento e satisfação com os programas e serviços de saúde públicos do concelho de Tomar, constatou-se que a correlação entre as variáveis é nula.

A partir desta investigação, foi possível constatar que, ao contrário do que foi observado nos EUA, em Portugal, mais concretamente no concelho de Tomar, o modelo (adaptado, pois a

satisfação com a vida não foi alvo de análise neste estudo) proposto por Rahtz *et al.* (2004) não se verificou por completo.

Relativamente aos resultados do presente estudo, aferiu-se que o modelo estimado para explicar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos obtida em função da SICS tem franca qualidade, bem como uma boa capacidade preditiva. Verificou-se, ainda, que dos serviços em estudo, apenas os serviços de cirurgia geral, urgência, consulta externa e tratamentos de enfermagem contribuem para explicar a influência sobre a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos.

A premissa de que a qualidade de vida comunitária positivamente predita pela satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos (H2), verificada por Rahtz *et al.* (2004), evidenciou reduzida capacidade explicativa, sendo que dos serviços/programas de saúde anteriormente aferidos, apenas o serviço de urgência evidencia contribuição para explicar a influência sobre a qualidade de vida comunitária. Assim, conclui-se que este serviço é o que deveria carecer de mais atenção, porém, nunca descurando dos demais, com vista a elevar a qualidade de vida comunitária e a minimizar futuros custos desnecessários.

Do estudo desenvolvido, existem evidências estatísticas para se afirmar que o nível de qualidade de vida comunitária é significativamente inferior à satisfação com a vida familiar e que a média da satisfação profissional é inferior à qualidade de vida comunitária.

Verificou-se, ainda, que existem diferenças significativas entre a qualidade de vida comunitária e a SPES. Porém, ao contrário do proposto, a qualidade de vida comunitária tende a ser maior para um indivíduo cuja satisfação pessoal com o estado de saúde é alta.

Relativamente à idade, constatou-se a ausência de evidências estatísticas para se afirmar que na média da qualidade de vida comunitária seja diferente entre os grupos etários, contrariando o suporte teórico e a hipótese formulada.

O último teste do modelo incide sobre os rendimentos e a qualidade de vida comunitária. Para tal verificou-se estatisticamente que existe pelo menos um grupo de indivíduos que tem média de qualidade de vida comunitária diferente dos demais. Deste modo, a hipótese referente a estas duas variáveis, a qual postula que a qualidade de vida comunitária tende a ser maior para um indivíduo com rendimento reduzido, não foi verificado, uma vez que a qualidade de vida comunitária é mais reduzida quando o rendimento é mensal é baixo, excepto para os indivíduos sem rendimento, que evidencia elevada qualidade de vida comunitária.

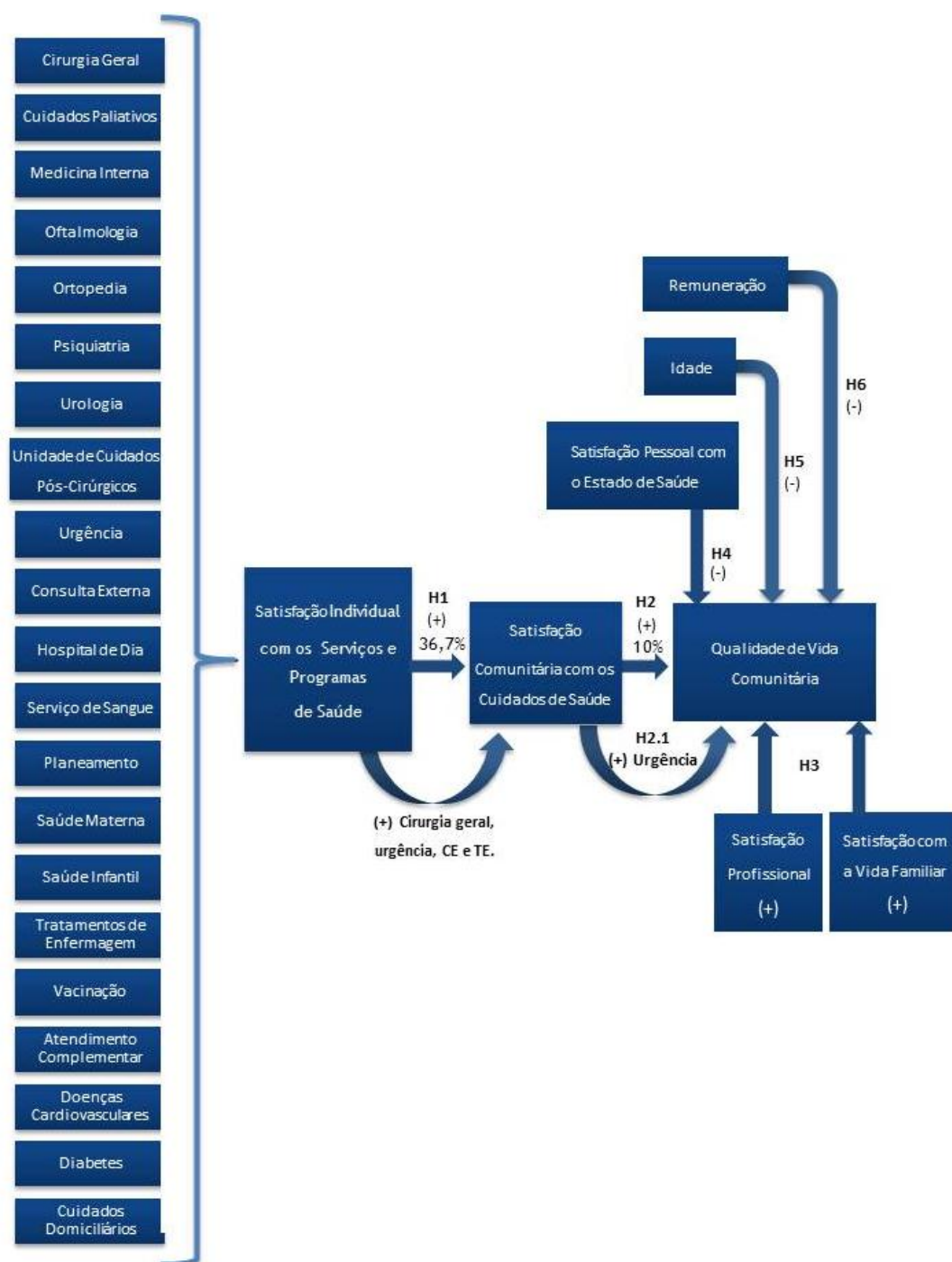


Figura 14 - Diagrama conclusivo com respectivas hipóteses e correlações.

Ao contrário do verificado nos EUA por Rahtz *et al.* (2004), o modelo aplicado neste estudo evidencia reduzida capacidade explicativa (figura 14). Contudo, espera-se que com os resultados obtidos contribuam, de alguma forma, para a identificação das áreas mais carecidas e, assim, a elaboração de um instrumento de planeamento em saúde.

Considera-se que esta investigação assume relevância, na medida em que possibilitou dar voz aos cidadãos e captar a sua satisfação e qualidade de vida comunitária face aos cuidados de saúde públicos prestados no concelho de Tomar, assim como permitiu a utilização dos resultados para identificar os programas e os serviços de saúde mais carentes de uma intervenção por parte de auditores e gestores da qualidade, permitindo uma afectação mais orientada dos recursos.

## **7.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Este estudo, tal como qualquer outro, contém algumas limitações, nomeadamente o facto de se ter cingido apenas ao concelho de Tomar. Por tal, sugere-se a realização de novos estudos em regiões diferentes, abrangendo de igual forma, outros serviços e programas de saúde.

Seria, igualmente, relevante estabelecer um estudo comparativo, de forma a estudar as diferenças entre os resultados obtidos nas várias regiões.

Dada a complexidade da relação entre os diversos domínios de vida, sugere-se a aplicação de processos estatísticos mais robustos (por exemplo, modelos de equações estruturais), tal como Rathz *et al.* (2004) utilizaram.

Refira-se ainda como limitação, o facto de o grupo de estudo ser predominantemente mais jovem, pois actualmente a população portuguesa surge como envelhecida.

Não se pode refutar o provável enriquecimento que o estudo beneficiaria se, para além da abordagem quantitativa, se tivesse recorrido também à abordagem qualitativa, pois possibilitaria uma compreensão dos fenómenos de forma mais pormenorizada, do ponto de vista dos utentes. Apesar do paradigma quantitativo apresentar uma panóplia de vantagens, também tem algumas limitações. Pode-se ainda aditar que as conclusões obtidas nas investigações quantitativas são frequentemente limitadas, pelo facto do desenvolvimento da experiência ter que considerar os aspectos de validade das mesmas (interna e externa). Tal ponto pode-se traduzir na dificuldade de generalizar resultados, isto é, até que ponto os resultados de uma determinada investigação num dado contexto são válidos noutros contextos.

Os resultados obtidos neste estudo revelam a existência de um vasto campo para investigação, pelo que se considera pertinente registar algumas sugestões para futuras pesquisas neste âmbito.

Apesar de haver literatura sobre as variáveis noutros contextos, nomeadamente a qualidade de vida do utente com doença, no que toca à temática em questão, a literatura é muito escassa, dificultando a discussão dos dados e, posteriormente, a comparação com outros estudos desenvolvidos. Deste modo, tal como referido anteriormente, torna-se necessário a investigação da temática noutras regiões, quer a nacional, que internacionalmente. Tal alargamento às regiões de Portugal iria permitir a obtenção de conclusões com um nível de robustez mais elevado, uma vez que seria uma amostra mais representativa da população portuguesa.

Este estudo centrou-se na influência que a satisfação com os programas e serviços de saúde públicos têm na qualidade de vida comunitária (*spillover bottom-up*). Como forma sugestiva, estudos futuros poderiam identificar os resultados com base numa análise do modelo aplicado com base numa teoria *spillover top-down*, isto é, o inverso das relações supramencionadas.

Estas são algumas das sugestões e ideias, através das quais se espera abrir novos horizontes de estudo e, assim, contribuir para o ampliar do conhecimento da presente temática.

Apesar dos vários estudos existentes relativamente à qualidade de vida, no que diz respeito à temática em estudo, o conhecimento é, ainda, limitado. Como tal, sugere-se a realização de estudos posteriores e mais alargados no que toca ao terreno de pesquisa, de forma a obter uma visão mais alargada da realidade portuguesa quanto à qualidade de vida e satisfação com os cuidados de saúde públicos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, M. (1974). "Uma aferição difícil: a qualidade de vida. A saúde do Mundo". Novembro, pp. 4-11;
- Abrunheiro, L. M. M. (2005). "A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático". Acedido a 19/04/2011, às 20h30: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt);
- Aiello, A.; Czepiel, J.A.; Rosenberg, L.J. (1977). "Scaling the heights of consumer satisfaction: An evaluation of alternative measures". In: R. Day, "Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaint Behavior", Indiana University School of Business, Bloomington; pp. 43-50;
- Alonso, J., Antó, J.M.; Moreno, C. (1990). "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". In: *American Journal of Public Health*, volume 80, N.º6, pp. 704-708.
- Alves, M.J.P. (2007). "O Serviço de Atendimento Permanente Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem". Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 261 pp.;
- Amaral, M.L.V.C.M. (2002). "A comunicação médico doente em contexto hospitalar: o contributo da psicologia da saúde". Universidade Aberta, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, não publicada;
- Amorim, M.I.S.P.L. (1999). "Qualidade de Vida e *Coping* na Doença Crónica: Um estudo em diabéticos não insulino dependentes". Universidade do Porto: Faculdade de Medicina, Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, 162 pp.
- Andrade, I.M. (2008). "Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa". Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Editorial do Ministério da Educação, 1ª Edição, Lisboa, Dezembro, 272pp.;
- Andrews, F.M.; Withey, S.B. (1976). "Social Indicators of Well-Being: America's Perception of Life Quality". Editora Plenum Press; Nova Iorque;
- Arnold, R.; Ranchor, A.V.; Sanderman, R.; Kempen, G.I.; Ormel, J.; Suurmeijer, T.P. (2004). "The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases". In: *Qual Life Res*; volume 13, N.º 5, pp. 96-883;
- Baker, W. E. (2003). "Defining quality of life in Alabama: a perceptual community based definition for local leaders". In: *International Journal of Public Administration*, volume 26, N.º7, pp. 733-751;
- Balint, E.; Mitchell, E.J.; Parsons, M. (1993) Before I was I: psychoanalysis and the imagination. Guildford press, Nova Iorque;
- Barlett, E., Grayson, M., Barker, R. (1994). "The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence". In: *Journal of Chronic Disease*, volume 10, N.º 9, pp.755-764;

- Barros, A. J. P.; Lehfeld, N.A.S. (1986). “Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica”. Editor McGraw-Hill, São Paulo;
- Berzon, R.A. (1998). “Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies”. In: *Quality of life assessments in clinical trials. Methods and practice*, Oxford University Press, Nova Iorque, pp. 3-15;
- Beutell, N. (2006). “Life Satisfaction”. In: *Sloan Work and Family Research Network*, Boston College. Acedido a 20/04/2011, às 19h: [http://wfnetwork.bc.edu/encyclopedia\\_entry.php?id=3283&area=academics](http://wfnetwork.bc.edu/encyclopedia_entry.php?id=3283&area=academics);
- Bowling, A. (1994). “La medida de la salud . revision de las escalas de medida de la calidad de vida”. Barcelona;
- Bowling, A. (1995). “Health Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its Use and Measurement . Measuring Disease”. Open University Press, Buckingham, pp.1-19;
- Bowling, A. (1997); “Measuring Disease: A review of disease - specific quality of life measurement scales”. 2ª Edição, Editora Open University Press, Buckingham;
- Bowling, A. (1998). “Measuring health: a review of quality of life measurement scales, 2ª Edição, Open University press;
- Bowling, A., Gabriel, Z. (2004). “An integrational model of quality of life in older age”. In: *Social Indicators Research*, volume 69, pp.1-36;
- Bowling, A.; Gabriel, Z.; Dykes, J.; Dowding, L.M.; Evans, O.; Fleissig, A.; Banister, D.; Sutton, S. (2003). “Let’s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over”. In: *Int J Aging Hum Dev*, volume 56, N.º 4, pp. 269-306;
- Brief, A. P.; Butcher, A. H.; George, J. M.; Link, K. E. (1993). “Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health”. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 64, pp.646-653;
- Buarque, C. (1993). “Qualidade de vida: a modernização da utopia”, In: *Revista Lua Nova*, pp.157-165;
- Buetell, N. (2006). “Life satisfaction, a Sloan Work and Family Encyclopedia entry”, Maio. Acedido a 23/06/2011, às 13h: [http://wfnetwork.bc.edu/encyclopedia\\_entry.php?id=3283&area=academics](http://wfnetwork.bc.edu/encyclopedia_entry.php?id=3283&area=academics);
- Bullinger, M.; Andersen, R.; Cella, D.; Aaronson, N. (1993). “Developing and evaluating cross cultural instruments from minimum requirements to optimal models”. In: *Quality of Life research*, volume 2, pp. 451-459;
- Campbell, A.; Converse, P.E.; Rodgers, W.L. (1976). “The Quality of American Life: Perceptions, Evaluation, and Satisfaction”. Russell Sage Foundation, Nova Iorque;
- Campos, A.C. (2008). “Reformar da Saúde - O Fio Condutor”. Editora Almedina, Coimbra, Setembro, 310 pp.;
- Capitan, E. M. (1996). “La calidad de vida dei enfermo neoplásico”. In: *Tratado de medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com câncer*. Madrid, Editorial Panamericana, pp. 68-73;
- Centro Hospitalar do Médio Tejo (2011). “Serviços por Unidade”. Acedido a 27/07/2011, às 19h: [http://www.chmt.min-saude.pt/ServicosClinicos/Servicos\\_Unidade/?sm=9\\_1](http://www.chmt.min-saude.pt/ServicosClinicos/Servicos_Unidade/?sm=9_1);

- Chambers, L.W., Ounpuu, S.P. Krueger Vermeulen, M. (1997). "Quality of life and planning for health boards". In : Meadow, H.L., *Developments in Quality-of-Life Studies*, International Society for Quality-of-Life Studies, Blacksburg, Virginia, 11pp.;
- Chantal, C. (2001). "Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI". Editora Lusociência, Loures;
- Clearly, P.D.; McNeil, B.J. (1988). "Patient satisfaction as an indicator of quality care". In: *Inquiry*, Chicago, vol.25, n.º1, pp.25-36;
- Clinch, J., Schipper, H. (1993). "Quality of Life assessment in palliative care". In: Doyle, D.; Hanks, G.; Macdonald, N.; *Oxford textbook of palliative medicine*; Nova Iorque; Editora Oxford University Press;
- Clipp, E. (2001). "Quality of life". In: G. L. Maddox, *The Encyclopedia of aging*. Nova Iorque, Editora Springer Publishing Company, In: *The Journal of Positive Psychology*, volume 3, pp.137-152;
- Coelho, R. (2002). "Qualidade de Vida". In: *Revista Arquivo de Medicina*, volume 16, N.º4, Dezembro, pp.197-199;
- Comissão Independente População e Qualidade de Vida (1998). "Cuidar o futuro - um programa radical para viver melhor". Trinova editora, Lisboa;
- Delegação da União Europeia (s.d.). Acedido a 24/7/2011, às 19.30h: <http://www.delago.ec.europa.eu>;
- Delhey, J. (2004). "Life satisfaction in an enlarged Europe", European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Official Publications of the European Commission, Luxemburgo;
- Demet, K.; Guillemin, F.; Martinet, N.; André, J.M. (2002). "Nottingham Health Profile: reliability in a sample of 542 subjects with major amputation of one or several limbs". In: *Prosthetics and Orthotics International*, volume 26, pp.120-123;
- Dicionários Editora (2005). "Dicionário da Língua Portuguesa 2006". Porto Editora, Lisboa;
- Diener, E. (1984). "Subjective well-being". In: *Psychological Bulletin*, volume 75, N.º 3, pp.542-575;
- Diener, E.; Fujita, F.(1995). "Methodological pitfalls and solutions in satisfaction research". In: Sirgy, M.; Samli, A.C.; Editora New Dimensions;
- Diogo, D.M.J. (2003). "Satisfação Global com a Vida em determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores". In: *Revista Panamericana de Salud Publica*, volume 13, N.º6, pp.395-399;
- Donabedian, A. (1980). "Explorations in Quality Assessment and Monitoring". In: Arbor, A; *The Defenition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, volume 1;
- Donabedian, A. (1988). "The quality of care in a health maintenance organization: a personal view". *Inquiry*, Chicago, volume 20, N.º3, pp.218-222;
- Donovan, N.; Halpern, D. (2002). "Life satisfaction: The state of knowledge and implications for government". Acedido a 12/02/2011, às 12h: <http://www.number-10.gov.uk/su/ls/paper.pdf>;
- Duarte, M. (2000). "A satisfação dos utentes em relação às amenidades (estudo nos serviços de internamento de cirurgia II, medicina II, ortopedia I, e obstetrícia dos hospitais da universidade de Coimbra)". Lisboa,



Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do XXVIII curso de especialização em administração hospitalar;

Duarte, S. (2002). “Saúde e qualidade de vida do indivíduo colostomizado (importância da consulta de estomaterapia)”. Lisboa, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública;

Dubin, R. (1956). “Industrial workers’ worlds: The ‘central life interests’ of industrial workers”. In: *Journal of Social Issues*, volume 3, pp. 131-142;

Dybczak, K.; Bartosz (2010). “The role of technology in health care expenditure in the EU”. In: *economia.inf*, Comissão Europeia, Edição 122, Março;

Eco-Santé (2007). OCDE, Paris, Outubro;

Fayers, P.M.; Machin, D. (2000). “Quality of life: assessment, analysis and interpretation”. Chichester: Wiley, XII, 404 pp.;

Ferreira, P. L. (1994). “Um paradigma para a saúde”. In: Mendes, M. L.; *Livro de Obstétrica*, Editora Almedina, Coimbra, pp.191-197;

Ferreira, L.P.; Luz, A.; Valente, S.; Raposo, V.; Godinho, P.; Felício, E.D. (2001). “Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo”. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 2, pp.53-61;

Ferreira, L.P.; Luz, A.; Valente, S.; Raposo, V.; Godinho, P. (2003). “Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados”. In: *Instituto do Consumidor*, Coimbra;

Filho, G.N. (1990). “O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços”. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, volume 8, N.º2, pp.59-64;

Fortin, M. F. (1999). “O Processo de Investigação: Da concepção à realização”. Lusociência Editora, Loures;

Friedman, M. I. (1997). “Improving the quality of life: a holistic scientific strategy”, Praeger, Nova Iorque;

Furtado, C. (2008). “Governança do Sistema de Saúde em Cabo Verde”, Organização Mundial da Saúde, Julho, 98 pp.;

Gil, A.C. (1991). “Métodos e técnicas de pesquisa social”. 3ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A;

Gil, J. (1998). “Qualidade de vida em doentes com problemas lombares”. Coimbra, Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde;

Godoy, J.M.P; Braile, D.M.; Buzzato, S.H.G; Longo, O.J.; Fontes, O.A. (2002). “Quality of Life After Amputation”. In: *Psychology, Health and Medicine*, volume 7, N.º4, pp.397-400;

Gonçalves, A.; Vilarta, R. (2004). “Qualidade de Vida e Atividade Física - Explorando teoria e prática”. Barueri, São Paulo: Manole;

Graça, L. (1999). “A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde”. In: *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa, Subdirecção Geral para a Qualidade, Direcção Geral de Saúde, pp. 1-19;

- Grant, M., Rivera, L. (1998). "Evolution of Quality of Life in Oncology and Oncology Nursing". In: King, C., Hinds, P.; *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice*. Boston; Editora Jones and Bartlett Publishers, pp.3-17;
- Haguette, T. M.F. (1992). "Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis", 3ª Edição, Vozes;
- Hays, R.D.; Anderson; R.T., Revicki D. (2000). "Assessing reliability and validity of measurement in clinical trials". In: Staquet, M.J.; Hays, R.D.; Fayers, P.M.; editors. *Quality of life assessment in clinical trials*. Nova Iorque, Oxford University Press; pp. 169-82;
- Hays, R. D.; Alonso, J. E; Coons, S.J. (1998). "Possibilities for summarising health-related Quality of Life when using a profile instrument". In: *Quality of Life assessment in clinical trials. Methods and practice*, Nova Iorque, Oxford University Press, pp. 143-153;
- Headey, B.; Wearing, A. (1992). "Understanding happiness. A theory of subjective well-being". Longman Cheshire, Melbourne;
- Heller, D.; Watson, D.; Illies, R. (2006). "The dynamic process of life satisfaction". In: *Journal of Personality*, volume 74, pp.1421-1450;
- Instituto Nacional de Estatística (2011). "Estatísticas Territoriais". Acedido a 24/08/2011, às 20h: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3&xlang=pt);
- Isang, E.Y.L.; Liamputtong, P.; Pierson, J. (2004). "The views of older Chinese people in Melbourne about their quality of life". In: *Ageing and Society*, pp. 51-74;
- Jeffres, L.W.; Dobos, J. (1992). "Communication and public perceptions of the quality of life: Testing the model". In: Sirgy, M.J.; Meadow, H.L.; Rahtz, D.; Samli, A.C., *Developments in Quality-of-Life Studies in Marketing*, volume 4, Academy of Marketing Science, Blacksburg, Virginia, pp. 43-49;
- King, C. (1998). "Clinical Implications of Quality of Life". In: King, C., Hinds, P.; *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research and practice*; Boston; Editora Jones and Bartlett Publishers; pp.197-203;
- Lakatos, E.M.; Marconi, M. (1996). "Técnicas de Pesquisa". Editora Atlas, 3ª Edição, São Paulo;
- Lameiro, I.; Miranda, N. (2010). "Promover a Saúde - dos fundamentos à acção". Editora Almedira, Novembro, 338 pp.;
- Land, K.C. (1975). "Social indicators models: An overview". In: Land, K.C.; Spilerman, S.; *Social indicator models*, Nova Iorque, Russel Sage Foundation, pp.5-36;
- Laureano, R.M.S. (2011). "Testes de Hipóteses com o SPSS - O meu manual de consulta rápida". 1ª Edição, Editora Sílabo, Lisboa, 216 pp.;
- Lawton, M. P. (1991). "A multidimensional view of quality of life in frail elders". In: Abeles, R. P.; *The concept and management of quality of life in the frail elderly*, Academic Press, Nova Iorque;
- Levine, S.; Croog, S.H. (1984). "What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in health populations and patients with cardiovascular diseases." In: Wenger, N. K.; Mattson; M. E.;

- Furberg, C. D.; Elinson, J., *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies.*, Editora Le Jacq., Nova Iorque;
- Ley, P. (1988). "Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance". Londres, Chapman and Hall;
- Lima, M.J.B.; Portela, M.C. (2010). "Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes". In: *Caderno Saúde Pública*, volume 26, N.º8, Agosto, pp.1651-1662;
- López, J.; Mejía, R.; Espinar, A. (1996). "La Calidad de Vida: um Tema de Investigación Necesário. Concepto y Método". In: *Medicina Integral*, volume 27;
- Lucas, M. (2002). "A satisfação dos utentes: estudo realizado no Centro de Saúde de Santiago do Cacém"; Lisboa, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública;
- MacIntyre, T.; Silva, S. (1999). "Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório Final Sumário". Administração Regional de Saúde Norte e Universidade do Minho;
- Manso, J.R.P.; Simões, N.M. (2007). "Os Municípios E A Qualidade De Vida Em Portugal: Proposta Metodológica Com Vista À Sua Mensuração e Ordenação". Observatório para o Desenvolvimento Económico e Social, Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, Covilhã, 49pp. Acedido a 10/02/2011, às 18:20h: [http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid\\_vida\\_pmanso\\_nuno.pdf](http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid_vida_pmanso_nuno.pdf);
- Maroco, J. (2007). "Análise estatística com a utilização do SPSS". Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa, 822 pp.;
- Maronic, T.J.; Miller, A.R. (1992). "Satisfaction and other issues in hearing aid purchases by elderly consumers: a quality-of-life issue". In: Sirgy, M.J.; Meadow, H.L.; Rahtz, D.; Samli, A.C., *Developments in Quality-of-Life Studies in Marketing*, volume 4, Academy of Marketing Science, Blacksburg, Virginia, pp. 29-34;
- Martins, J.J.; Schneider, D.G.; Coelho, F.L.; Nascimento, E.R.P; Albuquerque, G.L.; Erdmann, A.L.; Gama, F.O. (2009). "Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliários". In: *Acta Paul Enfermagem*, volume 3, N.º22, pp.265-271;
- McKee, M.; Healy, J. (2002). "Hospitals in a Changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Serie". Open University Press, Buckingham, 295 pp.;
- Meadow, H.L. (1983). "The relationship between consumer satisfaction and life satisfaction for the elderly", Unpublished PHD dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia, USA;
- Meadow, H.L. (1988). "Satisfaction attitude hierarchy: does marketing contribute?". In: Shapiro, S.; et al., *Proceedings of the American Marketing Association Educators' Conference*, American Marketing Association, Chicago, pp.482-483;
- Meehan, K. (1999). "A study of levels of patient satisfaction with urban and rural emergency nursing care has uncovered some interesting results". In: *Monash Magazine, Australian Journal of Rural Health*, volume 7;
- Melo, M.L. (2005). "Comunicação com o doente certezas e incógnitas". Editora Lusociência, 1ª edição, Loures;
- Merkle, J.F. (2002). "Computer simulation: a methodology to improve the efficiency in the Brooke Army Medical Center Family Care Clinic". In: *Journal of Healthcare Management*, volume 47, N.º1, pp. 58-67;

- Mezomo, J. C. (1993). "Qualidade na Relação Hospital - Paciente". In: *Hospital Administração e Saúde*, volume 7, N.º1, pp.17-21;
- Michalos, A.C. (1997). "Migration and the quality of life: a review essay". In: *Social Indicators Research*, volume 39, pp. 121-166;
- Mohan, J.; Twigg, L. (2007). "Sense of place, quality of life and local socioeconomic context: evidence". In: Monteiro, J.M.L (1991). *Satisfação em saúde numa perspectiva da garantia da qualidade*. Boletim do Hospital de Bragança, volume 1, N.º2, Bragança;
- Monteiro, J.M.L. (1991). "Satisfação em saúde numa perspectiva da garantia da qualidade". In: *boletim do Hospital de Bragança*, volume 1, N.º2, Bragança;
- Moriarty, D. (1997). "Tracking population health status and health-related quality of life in the United States". In: Meadow, H.L., *Development in Quality-of-Life Studies*, volume 1, International Society for Quality-of-Life Studies, Blacksburg, Virginia, 59pp.;
- Negrão, A. (2003). "Avaliação do grau de satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital dos Capuchos". Lisboa, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do XXX curso de especialização em administração hospitalar;
- Neto, A; Ribeiro, L.; Magalhães, L.; Torres, M.; Mendes, M. (2003). "Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência". In: *Revista Servir*, volume 51, N.º5, Lisboa, pp.214-228;
- Norman, W.C.; Harwell, R.; Allen, L.R. (1997) "The role of recreation on the quality of life of residents in rural communities in South Carolina". In: Meadow, H.L., *Developments in Quality-of-Life Studies*, volume 1, International Society for Quality-of-Life Studies, Blacksburg, Virginia, 65 pp.;
- Notter L. E.; Hott, J. R. (1992). "Principios de la investigacion en enfermeria". Barcelona, Doyma, 1992;
- Oermann, M.; Templin, T. (2000). "Important attributes of quality health care: consumer perspectives". In: *Journal of Nursing Scholarship*, volume 32, Indianapolis, 167 pp.;
- Oishi, S.; Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. (1997). "Values and sources of subjective well being", In: Meadow, H.L., *Development in Quality-of-Life Studies*, volume 1, International Society for Quality-of-Life Studies, Blacksburg, Virginia, 66 pp.;
- Oishi, S.; Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. (1999). "The value as a moderator model in subjective well being". In: *Journal of Personality*, volume 67, pp. 157-183;
- Organização Mundial de Saúde (1998). "Promoción de la salud: glosario". Genebra;
- Ornelas, J. (2003). "Participação, empowerment e liderança comunitária". In: Ornelas, J.; Maria, S., *III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental: Participação, Empowerment e Liderança Comunitária*, ISPA, Lisboa, pp. 5-13;
- Ortiz, S. (1990). "Calidad de vida y tratamiento en oncologia". In: *Rev Cancer*, volume 3, Madrid, pp.103-177;
- Osoba, D. (1991). "Measuring the effect of cancer on quality of life". In: *Effect of cancer in quality of life*, CRC Press, Florida, pp. 25-40;

- Otto, S. (2000). "Enfermagem em Oncologia". Editora Lusociência, 3ª Edição; Lisboa;
- Paúl, C.; Martin, I.; Roseira, L. (1999). "Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado". Editora Afrontamento, Porto;
- Paulo, A. (2010). "SNS: Caracterização e Desafios". In: GPEARI-MFAP. Lisboa, Setembro, 16pp.;
- Pavot, W.; Diener, E.; Suh, E. (1998). "The temporal satisfaction with life scale". In: *Journal of Personality Assessment*, volume 70, pp. 340-354;
- Pavot, W.; Diener, E. (1993). "Review of satisfaction with life scale". In: *Psychological Assessment*, volume 5, N.º2, pp.164-172;
- Pavot, W.; Diener, E. (2008). "The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction". In: *The Journal of Positive Psychology*, volume 3, pp. 137-152;
- Pego, Z.M.S.C.M. (1998). "Qualidade dos Serviços de Urgência - A Perspectiva dos Uteses". Coimbra, Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde;
- Perez, F.; Fernandez, G.; Rivera, E. (2001). "Ageing in place: predictors of the residentia satisfaction of the elderly". In: *Social Indicators Research*, volume 54, pp.173-208;
- Pestana, M. H.; Gagueiro, J. N. (2003). "Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS". Edições Sílabo, 3ª Edição, Lisboa;
- Pimentel, F.L. (2006). "Qualidade de Vida e Oncologia". Editora Almedina, Coimbra, Março, 206 pp.;
- Pisco, R. (2006). "Relação de ajuda à mulher com o diagnóstico de cancro da mama". In: *Revista Sinais Vitais*. Volume 69, pp.35-38;
- Pires, G.D.L.; Matiello, J.R.E; Gonçalves, A. (1998). "Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em Educação Física/Ciências do Esporte". In: *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Volume 20, N.º1, Setembro;
- Polit, D. F.; Hungler, B.P. (1995). "Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem". 3ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 391 pp.;
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (2004). "Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização". 5ª Edição, Artmed Editora, Porto Alegre, 487 pp.;
- Polizer, R.; D´innocenzo, M. (2006). "Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem". In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, volume 59, N.º4, pp.548-551;
- Portugal. Ministério da Saúde. (1990). "Dec. Lei n.º48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde". In: *Diário da República*, Série I, N.º195, p.3452;
- Rahtz, D.R.; Sirgy, M.J. (1994). "Corporate strategy and quality of life: a strategic planning philosophy and model for a changing health care environment". In: Meadow, H.L.; Spotts, H.E., *Advances in Health Care Research*, pp. 125-132;
- Rahtz, D.R.; Sirgy, M.J.; Lee, D. (2004). "Further Validation and Extension of the Quality-of-Life/Community-Healthcare Model and Measures". In: *Social Indicators Research*, volume 69, N.º2, Kluwer Academic Publishers, Netherlands; pp.167-198;

- Rahtz, D.R.; Sirgy, M.J. (2000). "Marketing of health care within a community: quality of life/need assessment model and method". In: *Journal of Business Research*, volume 48, N.º3, pp. 165-176;
- Rahtz, D.R.; Sirgy, M.J.; Meadow, H.L. (1989). "Exploring the relationship between health care system satisfaction and life satisfaction among the elderly". In: *Proceedings of the Academy of Marketing Science Annual Conference*, Academy of Marketing Science, Coral Gables, pp. 531-536;
- Rain, J. S.; Lane, I. M.; Steiner, D. D. (1991). "A current look at the job satisfaction/life satisfaction relationship: Review and future considerations". In: *Human Relations*, volume 44, pp. 287-307;
- Revicki AD. (1993). "Health care technology assessment and health-related quality of life". In: Banta, D.H.; Luci, B.R.; *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Nova Iorque, Oxford University Press; pp. 31-115;
- Ribeiro, J.L.P. (1994). "A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde". In: *Análise psicológica*, volumes 2-3 (XII), Lisboa, pp. 179-191;
- Ribeiro, J. L. P. (1998). "Psicologia e Saúde". Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada;
- Ribeiro, J. L. P. (2001). "Qualidade de vida e doença oncológica". In: Dias, M.R.; Durá, E.; *Territórios da Psicologia Oncológica*, Editora Climepsi, Lisboa, pp.75-98;
- Ribeiro, J.L.P (2003). "Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidados do doente oncológico". In: *Revista Portuguesa de Psicossomática*, volume9, N.º15, Janeiro-Junho, Coimbra, pp.105-118;
- Richardson, R. et al. (1989). "Pesquisa social: métodos e técnicas". Editora Atlas, 2ª edição, São Paulo;
- Rodriguez-marin, J. (1994). "Evaluacion en prevencion y promocion de la salud". In: Fernandez-Ballesteros, R. *Evaluacion conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicologia clinica y de la salud*, pp. 652-712;
- Royuela, V; Artís, M. (2006). "Convergence analysis in terms of quality of life in the urban systems of the Barcelona province, 1991 - 2000". In: *Regional Studies*, volume 40, N.º5, pp. 485 - 492;
- Santos, L. D.; Martins, I. (2002). "A Qualidade de Vida Urbana - o caso da cidade do Porto". Faculdade de economia da Universidade do Porto, Working Paper N.º 16, Maio, 24pp. Acesso em: 19/07/2011 às 21horas: <http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>;
- SANTOS, I.; CLOS, A. C. (1998). "Pesquisa quantitativa e metodologia". In: Gauthier, Jacques H.M. *Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan;
- Sepúlveda, M.R. (1998). "A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na São Vida, Medicina Apoiada, S.A." In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 16, N.º4, Lisboa, pp.33-55;
- Serota, S.P. (2002). "The path to Affordability". In: *Modern Healthcare*, volume 32, N.º6, 25pp.;
- Serra, A.V. (2010). "Qualidade de Vida e Saúde", capítulo 2, 23-53 pp.; In: Canavarro, M.C.; Serra, A.V. (2010). "Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde", Fundação Calouste Gulbenkian: Serviço de Educação e Bolsas, Lisboa, Setembro, 496 pp.;

- Simões, A.; Ferreira, J.; Lima, M.; Pinheiro, M.; Vieira, C.; Matos, A.; Oliveira, A. (2001). "O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade". In: *Jornadas de Educação, Modelos e práticas em educação de adultos*. Coimbra;
- Sirgy, M.; Michalos, A.; Ferriss, L.; Easterlin, R.; Patrick, D.; & Pavot, W. (2006). "The quality of life research movement: past, present and future". In: *Social Indicators Research*, volume 76, pp.343-466;
- Sirgy, M.J., Hansen, D.E.; Littlefield, J.E. (1994). "Does hospital satisfaction affect life satisfaction?". In: *Journal of Macromarketing*, volume 14, pp. 36-46;
- Sirgy, M.J., Rahtz, D.R.; Meadow, H.L.; Littlefield, J.E. (1995). "Satisfaction with health care services and life satisfaction among elderly and non-elderly consumers". In: H.L. Meadow, Sirgy, M.J., Rahtz, D.R., *Developments in Quality-of-Life Studies in Marketing*, volume 5, Academy of Marketing Science, DeKalb, pp.87-91;
- Sirgy, M.J. (2001). "Handbook of Quality-of-Life Research: An Ethical Marketing Perspective". Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands;
- Sirgy, M.J. (2002). "Psychology of Quality of Life". Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands;
- Suurmeijer, T.P.; Reuvekamp, M.F.; Aldenkamp, B.P. (2001). "Social functioning, psychological functioning, and quality in epilepsy". In: *Epilepsia*, volume 42, N.º9, pp. 8-1160;
- Synergy Health Limited (2009). "Employer Health, Quality of Life and Job Satisfaction". Janeiro, 9 pp. Acedido a 27/08/2011, às 18h: [http://www.synergyhealth.co.nz/health/images/stories/synergy/Employee\\_Health\\_Quality\\_of\\_Life\\_and\\_Job\\_Satisfaction.pdf?phpMyAdmin=CH9-sBqIVDI6T7GIGkmre7GhCRb](http://www.synergyhealth.co.nz/health/images/stories/synergy/Employee_Health_Quality_of_Life_and_Job_Satisfaction.pdf?phpMyAdmin=CH9-sBqIVDI6T7GIGkmre7GhCRb);
- Tahara, A., Lucena, R., Oliveira, A., Santos, G. (1997). "Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde". In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, volume 50, N.º4, pp.497-506;
- Thompson, H.; Haran, D. (1993). "Living with na amputation: the patient". In: *Rehabil Med.*, volume 5, pp.165-169;
- Tuckman, B. W. (2000). "Manual de Investigação em Educação". Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa;
- Twycross, R. (2001). "Cuidados Paliativos". Climepsi Editores Lisboa, 1ª Edição, Março;
- Varo, J.; Sempere, R.; Torres, R.; Gomis, E.L; Puig, S.; Ibanez, J. (1996). "Satisfacción del cliente de los servicios de salud". In: *Todo Hospital*, volume 128, pp.51-56;
- Veenhoven, R. (1991). "Questions on happiness: Classical topics, modern answers, and blind spots". In: Strack, F.; Argyle, M.; Schwartz, N.; *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press, Nova Iorque, pp.1-26;
- Velarde, J.E.; Avila, F.C. (2002). "Methods for quality of life assessment". In: *Salud Pública Méx*, volume 44, N.º4, pp. 349-61;
- Vigorito, A.C. (2010). "Renda e qualidade de vida (QV) devem ser valorizadas no transplante de células-tronco hematopoéticas". In: *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, volume 32, N.º2, pp.95-96;



- Ware, J. E. (1991). "Measuring functioning, well-being, and other generic health concepts". In: *Effect of cancer on quality of life*. CRC Press, Florida, pp. 7-23;
- Wechsler, J. (2002). "Healthcare costs to rule policy agenda in 2002". In: *Managed Healthcare Executive* 12, Janeiro, pp. 12-14;
- Widgery, R.; Angur, M.G. (1997). "Race relations, neighborhood integration, and quality-of-city life". In: Meadow, H.L.; *Developments in Quality-of-Life Studies*, volume 1, International Society for Quality-of-Life Studies, Blacksburg, Virginia, 101pp.;
- Widgery, R. (1992). "Neighborhood quality of life: a subjective matter". In: Sirgy, M.J. ; Meadow, H.L.; Rahtz, D.; Samli, A.C.; *Developments in Quality-of-Life Studies in Marketing*, volume 4, Academy of Marketing Science, Blacksburg, Virginia, pp. 112-114;
- Wilkin, D.; Hallam, L.; Dodgett, M. A. (1993). "Measures of need and outcome for primary health care". Oxford, Oxford University Press, pp. 20-40;
- Williams, B. (1994). "Patient satisfaction: a valid concept?". In: *Social Science Medicine*, volume 38, N.º4, pp.509-516;
- Ziller, R.C. (1974). "Self-other orientations and quality of life". In: *Social Indicators Research*, volume 1, N.º3, pp.301-327.



# **ANEXOS**

## **ANEXO I - QUESTIONÁRIO**



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Departamento de Gestão e Economia  
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE  
Mestranda: Inês Patrícia Afonso de Oliveira

## QUESTIONÁRIO

Caro Questionado,

A recolha de dados através deste questionário serve simplesmente para fins estatísticos e destina-se realização de um estudo sobre **“Satisfação com os Serviços/Programas de Saúde Públicos e Qualidade de Vida no Concelho de Tomar”**.

Peço a sua colaboração na resposta deste questionário, tendo em atenção as instruções específicas em cada parte que o constitui. Este questionário tem a duração média de tempo de preenchimento de **15 a 20 minutos**.

Não existem respostas certas nem erradas, pelo que solicito sinceridade nas suas respostas.

A **confidencialidade dos dados recolhidos neste questionário está garantida**, razão pela qual não deve revelar o seu nome ou outro tipo de dado que o possa identificar.

Por favor, **coloque uma (X) na resposta que considere mais adequada**. Mesmo que não tenha a certeza acerca de alguma pergunta dê a sua resposta.

Contacto para dúvidas: ines.a.oliveira@gmail.com

### I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1) Género: 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐

2) Idade: \_\_\_\_\_ anos

3) Estado Civil: <sub>1</sub>Solteiro ☐ <sub>2</sub>Casado ☐ <sub>3</sub>Divorciado ☐ <sub>4</sub>Viúvo ☐

4) Há quanto tempo vive no Concelho de Tomar? \_\_\_\_\_ anos

5) Habilitações Literárias:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- Não sabe ler nem escrever  | <input type="checkbox"/> |
| 2- 1º Ciclo do Ensino Básico (1º-4º Ano/Antiga 4ª Classe)                         | <input type="checkbox"/> |
| 3- 2º Ciclo do Ensino Básico (5º-6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)                | <input type="checkbox"/> |
| 4- 3º Ciclo do Ensino Básico (7º-9º Ano/Curso Geral dos Liceus/ Antiga 5ª Classe) | <input type="checkbox"/> |
| 5- Ensino Secundário (10º-12º Ano/ Curso Complementar dos Liceus/ Antigo 7º Ano)  | <input type="checkbox"/> |
| 6- Curso Profissional   | <input type="checkbox"/> |
| 7- Ensino Superior  | <input type="checkbox"/> |

**6) Situação Profissional:**

- |  |                          |                |                          |
|--|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1- Trabalhador/a por conta própria         | <input type="checkbox"/> | 5- Estudante   | <input type="checkbox"/> |
| 2- Trabalhador/a por conta de outrem       | <input type="checkbox"/> | 6- Reformado/a | <input type="checkbox"/> |
| 3- Doméstico/a                             | <input type="checkbox"/> | 7- Inválido/a  | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> Desempregado/a |                          |                |                          |

**7) Rendimento mensal:** \_\_\_\_\_ euros (aproximadamente)

**II - SATISFAÇÃO COMUNITÁRIA COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PÚBLICOS**

**8) Satisfação com os domínios de vida individuais e a satisfação com a vida em geral:**

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 6, sendo que 1 corresponde a “Insatisfeito” e 5 “Muito satisfeito”.

	<i>Satisfação Qualidade de Vida Comunitária</i>	<i>Satisfação Profissional</i>	<i>Satisfação com a Vida Familiar</i>
	<b>8.1</b> - Em geral, quão satisfeito está com a comunidade na qual vive?	<b>8.2</b> - Em geral, quão satisfeito está com a sua profissão?	<b>8.3</b> - Em geral, quão satisfeito está com a sua vida familiar?
Insatisfeito	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Pouco satisfeito	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Neutro (igualmente satisfeito e insatisfeito)	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Satisfeito	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Muito satisfeito	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

**9) Qual a importância que atribui às seguintes dimensões?**

Numa escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Nada Importante” e 5 a “Muito importante”, identifique com um “X” o grau de importância que atribui às das dimensões de satisfação:

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Significativamente Importante	Muito Importante
<b>9.1- Satisfação Comunitária</b>	1	2	3	4	5
<b>9.2- Satisfação Profissional</b>	1	2	3	4	5
<b>9.3- Satisfação com a Vida Familiar</b>	1	2	3	4	5

**10) Satisfação Comunitária com os Cuidados de Saúde Públicos:**

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Insatisfeito” e o 5 “Muito Satisfeito”.

	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>10.1- Em geral, quão satisfeito está com a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis na sua região?</b>	1	2	3	4	5
<b>10.2 - Quão satisfeito está com a qualidade geral dos cuidados de saúde que recebeu pessoalmente na sua região?</b>	1	2	3	4	5
<b>10.3 -Quão satisfeitos, você diria que, a maioria dos seus amigos, vizinhos e outros membros da sua família que vivem na sua região estão com a qualidade geral dos cuidados de saúde disponíveis na sua região?</b>	1	2	3	4	5

**11) Qual a importância que atribui às seguintes dimensões?**

Numa escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Nada Importante” e 5 a “Muito importante”, identifique com um “X” o grau de importância que atribui a de cada uma das dimensões:

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Significativamente Importante	Muito Importante
11.1-Saúde na sua globalidade	1	2	3	4	5
11.2-Saúde Física	1	2	3	4	5
11.3-Saúde Mental	1	2	3	4	5

**12) Satisfação Pessoal com a Saúde:**

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a “Pobre” e o 4 “Excelente”.

	Pobre	Razoável	Boa	Excelente
12.1- Em geral, como classifica o seu estado <u>global</u> de saúde?	1	2	3	4
12.2 - Em geral, como classifica a sua saúde <u>física</u> ?	1	2	3	4
12.3 - Em geral, como classifica a sua saúde <u>mental</u> ?	1	2	3	4

### III - COMPONENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PÚBLICOS NA COMUNIDADE

13) Quão satisfeito/a está com a qualidade dos seguintes programas/serviços de saúde públicos na sua comunidade, nomeadamente no HOSPITAL DE TOMAR e no CENTRO DE SAÚDE DE TOMAR?

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Sem opinião” e o 5 “Muito Satisfeito”.

	Programa/Serviços de Saúde Públicos	Sem opinião	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
H O S P I T A L	Cirurgia Geral	1	2	3	4	5
	Cuidados Paliativos	1	2	3	4	5
	Medicina Interna	1	2	3	4	5
	Oftalmologia	1	2	3	4	5
	Ortopedia	1	2	3	4	5
	Psiquiatria	1	2	3	4	5
	Urologia	1	2	3	4	5
	Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	1	2	3	4	5
	Urgência	1	2	3	4	5
	Consulta Externa	1	2	3	4	5
	Hospital de Dia (Quimioterapia/Oncologia)	1	2	3	4	5
	Serviço de Sangue	1	2	3	4	5
C E N T R O D E S A Ú D E	Planeamento Familiar	1	2	3	4	5
	Saúde Materna	1	2	3	4	5
	Saúde Infantil	1	2	3	4	5
	Tratamentos de Enfermagem	1	2	3	4	5
	Vacinação	1	2	3	4	5
	Atendimento complementar	1	2	3	4	5
	Doenças Cardiovasculares	1	2	3	4	5
	Diabetes	1	2	3	4	5
	Cuidados Domiciliários	1	2	3	4	5

**14) Qual a importância dos seguintes programas/serviços de saúde públicos para a sua comunidade?**

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “Nada Importante” e o 5 “Muito Importante”.

	Programa/Serviços de Saúde Públicos	Nada importante	Pouco Importante	Importante	Significativa-mente Importante	Muito Importante
H O S P I T A L	Cirurgia Geral	1	2	3	4	5
	Cuidados Paliativos	1	2	3	4	5
	Medicina Interna	1	2	3	4	5
	Oftalmologia	1	2	3	4	5
	Ortopedia	1	2	3	4	5
	Psiquiatria	1	2	3	4	5
	Urologia	1	2	3	4	5
	Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	1	2	3	4	5
	Urgência	1	2	3	4	5
	Consulta Externa	1	2	3	4	5
	Hospital de Dia (Quimioterapia/ Oncologia)	1	2	3	4	5
	Serviço de Sangue	1	2	3	4	5
C E N T R O D E S A Ú D E	Planeamento Familiar	1	2	3	4	5
	Saúde Materna	1	2	3	4	5
	Saúde Infantil	1	2	3	4	5
	Tratamentos de Enfermagem	1	2	3	4	5
	Vacinação	1	2	3	4	5
	Atendimento Complementar	1	2	3	4	5
	Doenças Cardiovasculares	1	2	3	4	5
	Diabetes	1	2	3	4	5
	Cuidados Domiciliários	1	2	3	4	5



**15) Qual a frequência da utilização dos seguintes programas/serviços de saúde públicos?**

Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 4, sendo que 1 “Nunca utilizei/ Não conheço ninguém que tenha utilizado” e o 4 “Utilizei mais que uma vez”. Dê apenas uma resposta por cada alinha.

	Programa/Serviços de Saúde Públicos	Nunca utilizei/ Não conheço ninguém que tenha utilizado	Um familiar e/ou amigo utilizou	Utilizei uma vez	Utilizei mais do que uma vez
H O S P I T A L	Cirurgia Geral	1	2	3	4
	Cuidados Paliativos	1	2	3	4
	Medicina Interna	1	2	3	4
	Oftalmologia	1	2	3	4
	Ortopedia	1	2	3	4
	Psiquiatria	1	2	3	4
	Urologia	1	2	3	4
	Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	1	2	3	4
	Urgência	1	2	3	4
	Consulta Externa	1	2	3	4
	Hospital de Dia (Quimioterapia/ Oncologia)	1	2	3	4
	Serviço de Sangue	1	2	3	4
C E N T R O D E S A Ú D E	Planeamento Familiar	1	2	3	4
	Saúde Materna	1	2	3	4
	Saúde Infantil	1	2	3	4
	Tratamentos de Enfermagem	1	2	3	4
	Vacinação	1	2	3	4
	Atendimento Complementar	1	2	3	4
	Doenças Cardiovasculares	1	2	3	4
	Diabetes	1	2	3	4
	Cuidados Domiciliários	1	2	3	4

16) Quanto conhecimento diria que tem sobre os seguintes programas/serviços de saúde públicos? Assinale com um “X” no respectivo campo que vai de 1 a 5, sendo que 1 “Nenhum” e o 5 “Muito”.

	Programa/Serviços de Saúde Públicos	Nenhum	Muito pouco	Algum	O suficiente	Muito
H O S P I T A L	Cirurgia Geral	1	2	3	4	5
	Cuidados Paliativos	1	2	3	4	5
	Medicina Interna	1	2	3	4	5
	Oftalmologia	1	2	3	4	5
	Ortopedia	1	2	3	4	5
	Psiquiatria	1	2	3	4	5
	Urologia	1	2	3	4	5
	Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	1	2	3	4	5
	Urgência	1	2	3	4	5
	Consulta Externa	1	2	3	4	5
	Hospital de Dia (Quimioterapia/ Oncologia)	1	2	3	4	5
	Serviço de Sangue	1	2	3	4	5
C E N T R O D E S A Ú D E	Planeamento Familiar	1	2	3	4	5
	Saúde Materna	1	2	3	4	5
	Saúde Infantil	1	2	3	4	5
	Tratamentos de Enfermagem	1	2	3	4	5
	Vacinação	1	2	3	4	5
	Atendimento Complementar	1	2	3	4	5
	Doenças Cardiovasculares	1	2	3	4	5
	Diabetes	1	2	3	4	5
	Cuidados Domiciliários	1	2	3	4	5

Por favor, certifique-se que respondeu a todas as questões.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

## **ANEXO II - TABELAS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA**

**Tabela 3**  
Distribuição segundo o Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	130	42,6	42,6	42,6
	Feminino	175	57,4	57,4	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 4**  
Resultados Médios e Desvio Padrão segundo a Idade

N	Valid	305
	Missing	0
Mean		39,6262
Std. Deviation		15,86325
Minimum		19,00
Maximum		85,00

**Tabela 5**  
Distribuição segundo o Grupo Etário

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-24 anos	74	24,3	24,3	24,3
	25-34 anos	69	22,6	22,6	46,9
	35-44 anos	49	16,1	16,1	63,0
	45-54 anos	63	20,7	20,7	83,6
	55-64 anos	23	7,5	7,5	91,1
	65-74 anos	17	5,6	5,6	96,7
	Mais de 75 anos	10	3,3	3,3	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 6**

**Distribuição segundo o Estado Civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro/a	111	36,4	36,4	36,4
	Casado/a	158	51,8	51,8	88,2
	Divorciado/a	27	8,9	8,9	97,0
	Viúvo/a	9	3,0	3,0	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 7**

**Distribuição segundo o Tempo de Habitação no Concelho de Tomar**

N	Valid	305
	Missing	0
Mean		29,3049
Std. Deviation		13,91287
Minimum		1,00
Maximum		78,00

**Tabela 8**

**Distribuição segundo o Habilitações Literárias**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º Ciclo do Ensino Básico (1º-4º Ano/Antiga 4ª Classe)	5	1,6	1,6	1,6
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º-6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)	13	4,3	4,3	5,9
	3º Ciclo do Ensino Básico (7º-9º Ano/Curso Geral dos Liceus/ Antiga 5ª Classe)	17	5,6	5,6	11,5
	Ensino Secundário (10º-12º Ano/ Curso Complementar dos Liceus/ Antigo 7º Ano)	115	37,7	37,7	49,2
	Curso Profissional	2	,7	,7	49,8
	Ensino Superior	153	50,2	50,2	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 9**

**Distribuição segundo o Situação Profissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trabalhador/a por conta própria	33	10,8	10,8	10,8
	Trabalhador/a por conta de outrém	153	50,2	50,2	61,0
	Doméstico/a	6	2,0	2,0	63,0
	Desempregado/a	26	8,5	8,5	71,5
	Estudante	55	18,0	18,0	89,5
	Reformado/a	29	9,5	9,5	99,0
	Inválido/a	3	1,0	1,0	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 10**

**Distribuição segundo o Rendimento mensal (euros)**

N	Valid	305
	Missing	0
Mean		749,1311
Std. Deviation		674,50669
Minimum		,00
Maximum		4000,00

**Tabela 11**

**Distribuição segundo Intervalos de Rendimento mensal (euros)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem rendimentos	86	28,2	28,2	28,2
	Entre 1 e 500 euros	28	9,2	9,2	37,4
	Entre 501 e 1000 euros	10	3,3	3,3	40,7
	Entre 1001 e 1500 euros	82	26,9	26,9	67,5
	Mais de 1501 euros	99	32,5	32,5	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 12**

Distribuição segundo o salário mínimo nacional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendimento mensal igual ou inferior a 485 euros	28	9,2	24,6	24,6
	Rendimento mensal igual ou superior a 486euros	86	28,2	75,4	100,0
	Total	114	37,4	100,0	
Missing	System	191	62,6		
Total		305	100,0		

**Tabela 13**

Satisfação com a QVC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito/a	1	,3	,3	,3
	Pouco Satisfeito/a	6	2,0	2,0	2,3
	Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	51	16,7	16,7	19,0
	Satisfeito/a	214	70,2	70,2	89,2
	Muito satisfeito/a	33	10,8	10,8	100,0
Total		305	100,0	100,0	

**Tabela 14**

Médias das variáveis QVC e a Importância Atribuída à QVC

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Importância da QVC	3,8721	305	,62306	,03568
	QVC	3,8918	305	,61084	,03498

**Tabela 15**

Correlação de *Pearson* quanto à Importância da QVC e QVC

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Importância da QVC & QVC	305	,154	,007

**Tabela 16**

Teste-T sobre a QVC e a importância atribuída ao domínio de vida QVC

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Importância da QVC - QVC	-,01967	,80271	,04596	-,11012	,07077	-,428	304	,669

**Tabela 17**

Satisfação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Insatisfeito/a	3	1,0	1,0	1,0
Pouco satisfeito/a	15	4,9	4,9	5,9
Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	82	26,9	26,9	32,8
Satisfeito/a	177	58,0	58,0	90,8
Muito satisfeito/a	28	9,2	9,2	100,0
Total	305	100,0	100,0	



**Tabela 18**

**Satisfação com a Vida Familiar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco satisfeito/a	4	1,3	1,3	1,3
	Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	6	2,0	2,0	3,3
	Satisfeito/a	113	37,0	37,0	40,3
	Muito satisfeito/a	182	59,7	59,7	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 19**

**Satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito/a	3	1,0	1,0	1,0
	Pouco Satisfeito/a	19	6,2	6,2	7,2
	Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	51	16,7	16,7	23,9
	Satisfeito/a	177	58,0	58,0	82,0
	Muito Satisfeito/a	55	18,0	18,0	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 20**

**Satisfação com a qualidade geral dos cuidados de saúde públicos que recebeu pessoalmente no concelho de Tomar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito/a	2	,7	,7	,7
	Pouco Satisfeito/a	15	4,9	4,9	5,6
	Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	37	12,1	12,1	17,7
	Satisfeito/a	190	62,3	62,3	80,0
	Muito Satisfeito/a	61	20,0	20,0	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 21**

**Satisfação dos amigos, vizinhos e outros relativamente à qualidade geral dos cuidados de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito/a	2	,7	,7	,7
	Pouco Satisfeito/a	17	5,6	5,6	6,2
	Neutro/a (igualmente satisfeito/a e insatisfeito/a)	25	8,2	8,2	14,4
	Satisfeito/a	243	79,7	79,7	94,1
	Muito Satisfeito/a	18	5,9	5,9	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 22**

**Estado geral de saúde**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Razoável	31	10,2	10,2	10,2
	Boa	129	42,3	42,3	52,5
	Excelente	145	47,5	47,5	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 23**

**Saúde Física**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pobre	3	1,0	1,0	1,0
	Razoável	43	14,1	14,1	15,1
	Boa	126	41,3	41,3	56,4
	Excelente	133	43,6	43,6	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 24**  
**Saúde Mental**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pobre	1	,3	,3	,3
Razoável	27	8,9	8,9	9,2
Boa	116	38,0	38,0	47,2
Excelente	161	52,8	52,8	100,0
Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 25**

Correlação de *Pearson* quanto à SPES e a importância atribuída ao estado de saúde.

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 SPES & impSPES	305	-,098	,089

**Tabela 26**  
**Teste de Wilcoxon (Ranks)**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SPES - impSPES Negative Ranks	298 <sup>a</sup>	151,44	45130,00
Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	10,00	20,00
Ties	5 <sup>c</sup>		
Total	305		

a. SPES < impSPES

b. SPES > impSPES

c. SPES = impSPES

**Tabela 27**  
**Teste de Wilcoxon**

Test Statistics <sup>b</sup>	
	SPES - impSPES
Z	-15,057 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Tabela 28**  
**Satisfação com os programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar (excepto a opção “sem opinião”)**

	N	Mean	Std. Deviation
Cirurgia Geral	175	2,8629	,78311
Cuidados Paliativos	32	2,8750	,49187
Medicina Interna	83	2,6265	,65725
Oftamologia	46	2,5435	,88711
Ortopedia	101	2,7327	,66168
Psiquiatria	44	2,8182	,69123
Urologia	41	2,8780	,45799
Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	136	2,9779	,57693
Urgência	293	2,2901	,68831
Consulta Externa	260	2,8692	,67941
Hospital de Dia	12	3,1667	,38925
Serviço de Sangue	77	2,9351	,46841
Planeamento Familiar	162	3,3704	,64883
Saúde Materna	82	3,2439	,61986
Saúde Infantil	98	3,3673	,59876
Tratamentos de Enfermagem	248	3,4234	,60546
Vacinação	271	3,4649	,58821
Atendimento Complementar	172	2,5407	,81188
Doenças Cardiovasculares	96	3,0729	,61976
Diabetes	88	3,0909	,61842
Cuidados Domiciliários	83	3,0964	,67380

**Tabela 29**

**Importância atribuída aos programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar**

	N	Mean	Std. Deviation
Cirurgia Geral	305	4,4197	,63939
Cuidados Paliativos	305	4,3607	,59141
Medicina Interna	305	4,4623	,57301
Oftamologia	305	4,1344	,71056
Ortopedia	305	4,4328	,61471
Psiquiatria	305	4,3705	,63643
Urologia	305	4,2459	,72220
Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	305	4,4262	,62982
Urgência	305	4,8066	,42761
Consulta Externa	305	4,3574	,57367
Hospital de Dia	305	4,7377	,50983
Serviço de Sangue	305	3,8951	,72239
Planeamento Familiar	305	4,6098	,56362
Saúde Materna	305	4,5311	,54998
Saúde Infantil	305	4,6033	,54107
Tratamentos de Enfermagem	305	4,4984	,57995
Vacinação	305	4,5148	,56249
Atendimento Complementar	305	3,6361	,79182
Doenças Cardiovasculares	305	4,6131	,55709
Diabetes	305	4,7311	,51284
Cuidados Domiciliários	305	4,1246	,72381
Valid N (listwise)	305		

**Tabela 30**

Frequência de utilização dos programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar

	N	Mean	Std. Deviation
Cirurgia Geral	305	2,3279	1,19375
Cuidados Paliativos	305	1,1639	,52504
Medicina Interna	305	1,4852	,85875
Oftamologia	305	1,2656	,67251
Ortopedia	305	1,5902	,91366
Psiquiatria	305	1,2820	,74284
Urologia	305	1,1902	,57058
Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	305	2,0557	1,19766
Urgência	305	3,8295	,53538
Consulta Externa	305	3,3082	1,03401
Hospital de Dia	305	1,0787	,41403
Serviço de Sangue	305	1,6689	1,14357
Planeamento Familiar	305	2,5311	1,45317
Saúde Materna	305	1,8033	1,29548
Saúde Infantil	305	1,9213	1,33785
Tratamentos de Enfermagem	305	3,3213	1,05524
Vacinação	305	3,4754	,91419
Atendimento Complementar	305	2,4328	1,30645
Doenças Cardiovasculares	305	1,8787	1,31603
Diabetes	305	1,8066	1,27164
Cuidados Domiciliários	305	1,5148	,93925
Valid N (listwise)	305		

**Tabela 31**

Correlação de *Pearson* quanto á frequência de utilização e satisfação com a qualidade dos vários programas e serviços de saúde públicos disponíveis no concelho de Tomar

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Frequência de utilização e satisfação	305	,600	,000

**Tabela 32**

**Teste-T sobre a frequência de utilização e satisfação com os serviços e programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 frequencia - satisfação	-,18550	,50143	,02871	-,24199	-,12900	-6,461	304	,000

**Tabela 33**

**Conhecimento sobre os programas e serviços de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar**

	N	Mean	Std. Deviation
Cirurgia Geral	305	2,4525	,95553
Cuidados Paliativos	305	2,4164	,98361
Medicina Interna	305	2,5541	,96545
Oftamologia	305	2,3475	,95484
Ortopedia	305	2,3279	,99541
Psiquiatria	305	2,2689	,98668
Urologia	305	2,2033	,96552
Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos	305	2,2525	,97596
Urgência	305	2,6656	1,00638
Consulta Externa	305	2,6492	,95879
Hospital de Dia	305	2,0131	,94581
Serviço de Sangue	305	2,2066	,99338
Planeamento Familiar	305	2,3639	1,01080
Saúde Materna	305	2,3902	2,03632
Saúde Infantil	305	2,2623	1,01472
Tratamentos de Enfermagem	305	2,4164	,99359
Vacinação	305	2,4852	,99370
Atendimento Complementar	305	2,3344	,94223
Doenças Cardiovasculares	305	2,3902	1,03646
Diabetes	305	2,4131	1,05747
Cuidados Domiciliários	305	2,2098	,98102
Valid N (listwise)	305		

**Tabela 34**

Correlação de *Pearson* quanto à importância e satisfação de cada serviço e programa de saúde público do concelho de Tomar

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 satisfação & Importância	305	-,001	,986

**Tabela 35**

Correlação de *Pearson* quanto QVC e satisfação com os serviços e programas de saúde públicos do concelho de Tomar

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 QVC & satisfação	305	,119	,038

**Tabela 36**

Teste-T sobre a QVC e satisfação com os serviços e programas de saúde e serviços públicos do concelho de Tomar

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 QVC - satisfação	1,66197	,81804	,04684	1,56979	1,75414	35,481	304	,000

**Tabela 37**

Correlação de *Pearson*

	SCCSS
Pearson	SCCS
Correlation	Cirurgia Geral
	Cuidados Paliativos
	Medicina Interna
	Oftamologia
	Ortopedia
	Psiquiatria



	Urologia	-,036
	UCPC	,325
	Urgência	,432
	CE	,395
	Hospital de Dia	-,034
	Serviço de Sangue	,034
	PF	,292
	SM	,208
	SI	,212
	TE	,345
	Vacinação	,222
	AC	,114
	Doenças Cardiovasculares	,158
	Diabetes	,129
	CD	,089
Sig. (1-tailed)	SCCS	.
	Cirurgia Geral	,000
	Cuidados Paliativos	,413
	Medicina Interna	,440
	Oftamologia	,268
	Ortopedia	,000
	Psiquiatria	,339
	Urologia	,268
	UCPC	,000
	Urgência	,000
	CE	,000
	Hospital de Dia	,280
	Serviço de Sangue	,280
	PF	,000
	SM	,000
	SI	,000
	TE	,000
	Vacinação	,000
	AC	,023
	Doenças Cardiovasculares	,003
	Diabetes	,012
	CD	,061

**Tabela 38**

Análise de resíduos

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,8622	4,7111	3,8929	,37580	305
Residual	-2,24260	1,10221	,00000	,49342	305
Std. Predicted Value	-2,743	2,177	,000	1,000	305
Std. Residual	-4,385	2,155	,000	,965	305

a. Dependent Variable: SCCS

**Tabela 39**

Regressão linear da avaliação SICS como preditora da SCCS

Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,606 <sup>a</sup>	,367	,320	,51140	1,489

a. Predictors: SICS

b. Dependent Variable: SCCS

**Tabela 41**

Correlação de *Pearson* entre a SCCS e QVC (H2)

		QVC	SCCS
Pearson Correlation	QVC	1,000	,317
	SCCS	,317	1,000
Sig. (1-tailed)	QVC	.	,000
	SCCS	,000	.
N	QVC	305	305
	SCCS	305	305

**Tabela 42**

**Estatística de resíduos (H2)**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,9898	4,2370	3,8918	,19340	305
Residual	-2,19763	1,59449	,00000	,57941	305
Std. Predicted Value	-4,664	1,785	,000	1,000	305
Std. Residual	-3,787	2,747	,000	,998	305

**Tabela 44**

**Coefficientes de regressão entre as variáveis SCCS e QVC.**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2,678	,212		12,659	,000
SCCSS	,312	,054	,317	5,810	,000

a. Dependent Variable: QVC

**Tabela 45**

**Estatística de resíduos (H2.1)**

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,4596	4,0706	3,8918	,13325	305
Residual	-2,67048	1,28357	,00000	,59613	305
Std. Predicted Value	-3,244	1,342	,000	1,000	305
Std. Residual	-4,458	2,143	,000	,995	305

a. Dependent Variable: QVC

**Tabela 49**

**Teste de Wilcoxon**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
satisfação - Importância	Negative Ranks	303 <sup>a</sup>	153,00	46359,00
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	1,00	1,00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	305		

a. satisfação < Importância

b. satisfação > Importância

c. satisfação = Importância

**Tabela 50**

**Teste de Wilcoxon**

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	satisfação - Importância
Z	-15,111 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Tabela 51**

**Médias entre a QVC e a satisfação com a vida familiar e satisfação profissional**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Satisfação Profissional	3,6951	305	,74481	,04265
	QVC	3,8918	305	,61084	,03498
Pair 2	Satisfação com a Vida Familiar	4,5508	305	,60552	,03467
	QVC	3,8918	305	,61084	,03498

**Tabela 52**

**Teste T quanto à satisfação profissional e QVC**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Satisfação Profissional - QVC	-,19672	,84331	,04829	-,29174	-,10170	-4,074	304	,000
Pair 2 Satisfação com a Vida Familiar - QVC	,65902	,83614	,04788	,56480	,75323	13,765	304	,000

**Tabela 53**

**Distribuição segundo SPES**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Razoável	33	10,8	10,8	10,8
	Boa	129	42,3	42,3	53,1
	Excelente	143	46,9	46,9	100,0
	Total	305	100,0	100,0	

**Tabela 54**

**Teste de homogeneidade da variância para a SPES**

**QVC**

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
12,732	2	302	,000

**Tabela 56**

**Teste de Shapiro-Wilk**

Grupo Etário	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
55-64 anos	,758	23	,000
65-74 anos	,732	17	,000
Mais de 75 anos	,794	10	,012

**Tabela 57**

Teste de homogeneidade da variância para o grupo etário

QVC

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,597	6	298	,148

**Tabela 58**

Teste de *Kruskal-Wallis H*

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	QVC
EChi-Square	4,346
df	6
Asymp. Sig.	,630

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Etário

**Tabela 60**

Teste de Shapiro-Wilk

intervalos de rendimento mensal		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
QVC	Entre 1 e 500 euros	,792	28	,000
	Entre 501 e 1000 euros	,815	10	,022

**Tabela 61**

Teste de homogeneidade da variância para os níveis de remuneração

QVC

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,307	4	300	,268

**Tabela 62**  
**Teste de *Kruskal-Wallis H***

Test Statistics <sup>a,b</sup>	
	QVC
Chi-Square	11,252
df	4
Asymp. Sig.	,054

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: intervalos de rendimento mensal