



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda
Satisfação com os cuidados, pagamento de taxas
moderadoras e motivos de acesso**

Sara Gabriela Soares Venâncio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Maria Céu Alves

Covilhã, Maio de 2014

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Gestão de Unidade Saúde me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica.

Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

À Professora Doutora Maria do Ceu Alves, pela sua orientação, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, colaboração a solucionar dúvidas e problemas que surgiram ao longo da realização deste trabalho.

Aos utentes que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário uma vez que sem elas a realização deste trabalho não seria possível.

Aos meus amigos pelos intermináveis desabafos e pela partilha dos bons (e menos bons) momentos.

À minha irmã, Dra. Carla Soares Venâncio pela paciência, ajuda, troca de conhecimento e confiança que sempre depositou em mim

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial **aos meus pais**, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade, paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

Resumo

Na atualidade os desafios colocados ao setor da saúde fazem com que seja importante, por um lado, que cada instituição de saúde conheça o que de si é esperado, para contribuir para a garantia da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança dos seus utentes. Por outro lado, há que ter em conta que as grandes mudanças que tem havido no Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de o tornar mais eficaz com um menor gasto económico, esquecem por vezes a importância da qualidade e da satisfação dos utentes.

Neste contexto, a presente dissertação de mestrado tem como objetivo geral averiguar quais os motivos que levam os cidadãos da cidade da Guarda a recorrer aos serviços de saúde e qual a sua satisfação face aos mesmos. Para isso foi efetuado um inquérito por questionário, tendo sido recolhidos 98 questionários de utentes dos Cuidados de Saúde Primários, a partir da utilização da técnica de amostragem não-probabilística bola-de-neve. Os inquiridos são maioritariamente mulheres casadas e com formação Superior. O tipo de estudo seguido foi o descritivo, comparativo, transversal, quantitativo.

Os principais resultados demonstraram que apenas as variáveis género e situação profissional interferiram na satisfação dos participantes face à organização geral dos serviços e atendimento prestado pela USF e UCSP. Na globalidade, os utentes, participantes na presente investigação, revelaram-se satisfeitos em relação à organização geral dos serviços e atendimento prestado pela USF e UCSP. Quanto aos motivos que levaram os inquiridos a deslocar-se aos Cuidados de Saúde Primários, foram essencialmente: ir a consultas, situações de urgência, e tratamentos. Com menor representatividade, surgem os pedidos de exames médicos, de receitas e de atestados médicos. Neste estudo a maioria dos inquiridos não está isenta de taxa moderadora e considera que há compatibilidade dos custos, como a taxa moderadora, e o orçamento familiar.

Palavras-chave

Cuidados de Saúde Primários; Utentes; Satisfação; Motivos.

Abstract

These days, the challenges placed on health care make it important that each health care institution is aware of its functions and knows what is expected of it, to ensure the best health care, quality and security to all its clients (patients). On the other side, is necessary to realize the great changes that occurred on the national health system with the purpose of making it more effective with less economic expenses, not considering the importance of the quality of the care and the client's satisfaction.

This paper was written with the general purpose to understand the reasons that takes the citizens of Guarda to appeal to the health care institutions and which is their satisfaction level towards that care. To collect the data, it was used a survey. It was used a non-probabilistic sample that included 98 Guarda's citizens that attended the primary health care services. The sample was mainly constituted by married women with high degree of education. It's a quantitative, transversal, descriptive and comparative study.

The results show that only the variables "gender" and "professional situation" intervened on the clients satisfaction towards the general organization and response given by the USF (familiar health care unit) and UCSP (personalized health care unit). Globally, the clients are satisfied with the health care provided. The reasons that took them to go to the primary health services are: "regular appointments", "emergency care", "treatments". With less importance we found: request of medical exams, prescriptions and medical certificates. It was concluded that most of the survey's participants were not isent of moderating fees and more than half of them agree that exist compatibility between the amount of fee and the familiar budget.

Keywords

Primary Health Care; Clients; Satisfaction; Reasons.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS VERSUS SATISFAÇÃO DOS UTENTES	5
1.1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	5
1.2. Integração dos cuidados de saúde e modelo de financiamento	9
1.3. Satisfação dos Utentes	15
CAPITULO II- METODOLOGIA	23
2.1. Objetivos	23
2.2. Questões de investigação	23
2.3. Tipo de estudo	24
2.4. Variáveis	24
2.4.1. Variável dependente	25
2.4.2. Variáveis independentes	26
2.5. Formulação de hipóteses	26
2.6. Instrumento de recolha de dados: Questionário	28
2.7. Procedimentos	29
CAPITULO III- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	31
3.1 Apresentação dos resultados	31
3.1.1. Caracterização socioeconómica dos inquiridos	31
3.1.2. Existência de médico de família	33
3.1.3. Principais motivos que levam os inquiridos a deslocarem-se ao CSP	33
3.1.4 Grau de Satisfação dos inquiridos com os cuidados de saúde	34
3.1.5. Fatores mais valorados pelos utentes quando recorrem aos CSP	40
3.1.6. Opinião dos utentes face às taxas moderadoras	41
3.2 Discussão dos resultados	42
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA	47
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	57
Anexo I: Quadros síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática	59
Anexo II: Questionário aplicado	67
Anexo III: Análise descritiva	69

Lista de Figuras

Esquema 1: A Satisfação

17

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1	Vantagens e desvantagens da capitação como unidade de pagamento	12
Tabela 1	Repartição dos inquiridos pelos escalões etários	32
Tabela 2	Caraterização da amostra segundo o género	32
Tabela 3	Caraterização da amostra segundo as habilitações literárias	32
Tabela 4	Caraterização da amostra segundo a situação profissional	33
Tabela 5	Caraterização da amostra segundo o estado civil	33
Tabela 6	Caraterização da amostra em função de ter ou não médico de família	33
Tabela 7	Motivo que normalmente leva à deslocação aos Cuidados de Saúde Primários	34
Tabela 8	Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função da idade	34
Tabela 9	Satisfação face à organização do serviço de saúde em função da idade	35
Tabela 10	Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde em função da idade	35
Tabela 11	Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função da idade	36
Tabela 12	Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função do género	36
Tabela 13	Satisfação face à organização do serviço de saúde em função do género	36
Tabela 14	Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde em função do género	37
Tabela 15	Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função do género	37
Tabela 16	Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função das habilitações literárias	37
Tabela 17	Satisfação face à organização do serviço de saúde em função das habilitações literárias	38
Tabela 18	Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde em função das habilitações literárias	38
Tabela 19	Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função das habilitações literárias	39

Tabela 20	Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função da situação profissional	39
Tabela 21	Satisfação face à organização do serviço de saúde em função da situação profissional	39
Tabela 22	Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde em função da situação profissional	40
Tabela 23	Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função da situação profissional	40
Tabela 24	Motivo pelo qual recorrem aos Cuidados Primários de Saúde	40
Tabela 25	Isenção da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários	41
Tabela 26	Motivo da isenção da taxa moderadora	41
Tabela 27	Compatibilidade dos custos envolvidos com o orçamento familiar	41
Tabela 28	Classificação d	

Lista de Acrónimos

ACES-	Agrupamentos de Centros de Saúde
CP-	Contrato-Programa
CSP-	Cuidados de Saúde Primários
PD-	Plano de Desempenho
SNS-	Sistema Nacional de Saúde
UCC-	Unidade de cuidados na comunidade;
UCSP-	Unidade de cuidados de saúde personalizados
URAP-	Unidade de recursos assistenciais partilhados
USF-	Unidades de Saúde Familiares
USP-	Unidade de saúde pública

Introdução

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui um dos grandes objetivos da governação em saúde. Na realidade, sem um sistema correto de organização dos CSP não pode haver uma estratégia de ganhos em saúde. Eles são o primeiro contacto, o encontro dos utentes com o sistema. Como refere Campos (2008), durante anos pensou-se exclusivamente no sistema ao nível da sua arquitetura, nas prioridades organizativas, na distribuição do poder interno, nos recursos financeiros e físicos, menos ou mais cooperantes, menos ou mais interessados, menos ou mais competentes e delicados. Durante anos, o Governo ocupou-se, em primeiro lugar, a tecer a malha do sistema, a rede de hospitais, em segundo lugar, os centros de saúde e a sua articulação com o setor convencional. Até 2006, Portugal dispunha de um sistema de cuidados de saúde primários dispendioso, ineficiente e inequitativo e conseqüentemente havia a necessidade de um grande reforma (Biscaia et al., 2008). Surgiram, deste modo, as unidades de saúde familiares (USF), que procuraram ajustar-se às estruturas e titularidades varáveis, ao espaço geográfico, ao tempo, às necessidades e aos meios. Desta forma, o Governo procurou enfatizar a mudança estratégica neste sector (Biscaia et al., 2008).

A importância dos cuidados de saúde primários nos sistemas de saúde tem sido matéria de debate nas últimas décadas tendo mesmo suscitado por parte da Organização Mundial da Saúde, em 2004, um estudo sobre vantagens e desvantagens da reestruturação dos sistemas de saúde no sentido de serem mais orientados para os cuidados de saúde primários. A resposta foi inequívoca, ou seja, ficou provado que existem vantagens nos sistemas de saúde que se baseiam mais nos cuidados de saúde primários e clínica geral/medicina familiar em comparação com aqueles mais baseados nos cuidados hospitalares. Verificou-se a obtenção de melhores resultados na saúde da população, maior equidade, mais acessibilidade, maior continuidade de cuidados, menos custos, melhor relação custo-efetividade e mais satisfação dos cidadãos, sem efeitos adversos na qualidade dos cuidados (Biscaia et al., 2008).

Não se pode omitir a noção de que um sistema de saúde é exatamente isso, um sistema, ou seja, todas as partes têm a sua importância específica para os resultados que o sistema alcança. Portanto, a pertinência da problemática em estudo reside na necessidade de avaliar e compreender quais os motivos que levam os cidadãos, neste caso da cidade da Guarda, a recorrer aos serviços de saúde e qual a sua satisfação face aos mesmos.

Neste âmbito têm-se realizado investigações que tentam avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde primários, destacando-se o estudo realizado por Pimentel (2010), que contou com uma amostra de 384 utentes dos 16 centros de saúde da Região Autónoma dos Açores, distribuídos por género e escalões etários para cada centro de saúde. Na globalidade a autora concluiu que os utentes manifestam uma opinião positiva em relação à satisfação em

Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda

todas as dimensões em estudo, ainda que de forma menos positiva em relação: aos espaços de atendimento/espera e qualidade das instalações, ao tempo de obtenção de consulta e tempo de espera para ser consultado, à facilidade de contacto com o médico e apoio domiciliário. Concluiu que os aspetos prioritários a serem melhorados foram a necessidade de disponibilização de mais médicos de família, a melhoria de equipamentos e instalações, o acesso a exames de diagnóstico e terapêutica, bem como a redução do tempo de espera de consulta.

Outros estudos, como é exemplo o estudo de Chaves et al. (2012), que objetivaram identificar o grau de satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela, descrevendo o nível de satisfação dos utentes em relação às dimensões de enfermagem, médicas, administrativas e funcionamento geral da Unidade de Saúde; determinar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação e compreender de que modo os fatores sociodemográficos interferem na satisfação dos utentes face. Os resultados apontam, em termos globais, para uma avaliação positiva da Unidade de Saúde de Tondela, com valores globais de classificação na sua generalidade, entre o bom e o muito bom. Este facto permite concluir por uma apreciação positiva dos serviços prestados, ainda que não existam diferenças significativas entre o sexo e a satisfação dos utentes.

Ressalva-se que a qualidade dos serviços de saúde prestados ao nível dos cuidados de saúde primários tem uma importância fulcral na satisfação dos utentes em geral, uma vez que as suas opiniões são baseadas nas experiências, o que tem implícitas as razões que os levam a recorrer a este serviço de saúde.

É no seguimento destes estudos que se insere a presente investigação, a qual tem como objetivo geral:

Verificar quais os motivos que levam os cidadãos a recorrer aos serviços de saúde (USF e UCSP) e qual a sua satisfação face aos mesmos.

A partir do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Traçar um perfil sociodemográfico dos utentes;
- 2) Averiguar da existência de médico de família;
- 3) Verificar os motivos que os levam aos Cuidados de Saúde Primários;
- 4) Averiguar qual o grau de satisfação com:
 - 4.1) a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde a que recorrem;

4.2) o atendimento do serviço de saúde a que recorrem;

4.3) o serviço médico do serviço de saúde a que os utentes recorrem;

5) Verificar quais os motivos pelos quais os utentes recorrem aos CSP;

6) Averiguar qual a situação/opinião dos utentes face às taxas moderadoras;

Com base na problemática e nos objetivos desta investigação, o presente trabalho foi estruturado em três partes, uma de natureza teórica, onde se abordaram os conceitos chave do tema em estudo, a reforma dos CSP em Portugal, o modelo de financiamento e satisfação dos utentes. Na segunda parte, são apresentados todos os procedimentos metodológicos inerentes à investigação. Na terceira parte são apresentados os resultados do estudo empírico desenvolvido e discutidos os resultados. Por fim, são tecidas as principais conclusões do estudo e apresentadas algumas limitações e pistas de investigação futuras.

Capítulo I - Cuidados de Saúde Primários *versus* Satisfação dos utentes

1.1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Antes de se iniciar a resenha histórica da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, apresenta-se uma definição concetual deste serviço de saúde.

A primeira referência aos cuidados de saúde primários como nível de cuidados, segundo Shi (2005), terá ocorrido, por volta dos anos 20 do século XX, no Reino Unido, num “livro branco” sobre a organização dos serviços de saúde da autoria de *Lord Dawson of Penn*. Tratava-se de um documento que diferenciava três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais/escola. O mesmo livro descrevia as relações entre os três níveis, assim como as funções de cada um, numa organização orientada para dar resposta aos diferentes graus de necessidade de serviços médicos. Esta estruturação prevaleceu, praticamente na sua essência, até à atualidade.

Os cuidados de saúde primários são um elemento-chave de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, constituindo-se como “os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença de uma vida e não apenas os episódios de doença” (Biscaia et al., 2008:29). Os mesmos autores esclarecem que os cuidados de saúde primários veiculam a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras estruturas ou profissionais no domínio da saúde. Na realidade, “os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos” (Sakellarides 2002:101).

Os cuidados de saúde primários podem ser definidos como “um conjunto de atividades, um nível de cuidados, uma estratégia para organizar os serviços de cuidados de saúde e uma filosofia de Sistema de Saúde. Podem, ainda, ser descritos segundo os seus elementos estruturais, de processo e de resultados” (Biscaia et al.,2008:29). Os cuidados de saúde primários promovem os cuidados essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, num primeiro contacto com os serviços de saúde. Abordam “os problemas para os quais a sociedade pode providenciar serviços preventivos, curativos e de reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Integram os cuidados quando existe mais do que um problema, lidam com o contexto em que a doença se declara e influenciam as respostas individuais aos problemas de saúde de cada um” (Shi, 2005:529).

Tendo em conta estes pressupostos, trata-se de cuidados que instituem e racionalizam, para cada indivíduo no seio dos seus grupos sociais de maior referência, a mobilização e a distribuição de recursos, especializados e outros, visando a promoção, manutenção e melhoria da sua saúde e bem-estar das comunidades. Ou seja, os cuidados de saúde primários afiguram-se como os serviços que os cidadãos contactam, em primeiro lugar, na sua relação com o sistema de saúde. Este é um local onde 90% dos problemas de saúde devem ser abordados (Biscaia et al., 2008).

A Lei de Bases da Saúde Portuguesa (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), na Base XIII referente aos Níveis de Cuidados de Saúde, reconhece que os cuidados de saúde primários são a base de todo o sistema de Saúde e devem situar-se junto às comunidades. Esta assunção resulta de uma prioridade política de Saúde Nacional na área da Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença.

A ênfase nos cuidados de saúde primários resultou de um percurso histórico com diferentes desenvolvimentos em vários pontos do globo terrestre, marcado por alguns avanços e retrocessos, e mesmo, por alguma polémica e incongruência. O marco histórico, a nível mundial, ocorre em 1978, com a Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários de Alma Ata, apadrinhada pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF. Neste encontro, em que participaram 134 países, foi assumido o compromisso de adotar os cuidados de saúde primários como estratégia para alcançar a Saúde para Todos no ano 2000, perfilhada pelos estados membros da Organização Mundial de Saúde, na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1977 (Biscaia et al., 2008).

Este compromisso decorre do facto de a saúde, percebida como um completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, ser considerada um direito humano fundamental. Para atingir o mais alto nível de saúde é necessário um compromisso político e o desenvolvimento de uma cooperação intersectorial. Fica, então, assumido o compromisso político de canalizar mais meios técnicos e financeiros para áreas da saúde que facilitem a obtenção deste nível (Freitas, 2009).

Esta nova era na história da Saúde pressupõe um entendimento da mesma, para além de uma preocupação e interesse pessoal para se “abrir sobre o coletivo e o político” (Honoré, 2002:24).

Aludindo-se a Simões (2004), para além dos valores da sociedade, as reformas dos sistemas de saúde são influenciadas por fatores que podem ser agrupados em dois tipos:

- externos ao sistema de saúde mas que funcionam como seu contexto e que contemplam os aspetos políticos, económicos e sociais. Exemplo disto é o envelhecimento da população, com conseqüente aumento dos gastos em saúde; indivíduos, consumidores de cuidados de saúde, com crescentes expectativas e conseqüentes reivindicações dos seus direitos; bem como as modificações dos padrões de doença que implicam uma reconfiguração dos serviços de saúde;

- internos ao sistema de saúde e que decorrem do seu próprio funcionamento, dos seus recursos, da forma ou do processo como se combinam e dos resultados na saúde da população. Destacam-se as discrepâncias na qualidade e no acesso aos cuidados de saúde e o aumento das despesas globais com a saúde.

Referindo-se a Portugal, a necessidade de efetuar reformas na área da saúde também surge em consequência destes fatores, sendo que o espírito de Alma-Ata¹ tem o seu marco histórico na década de 70, com o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, onde são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, numa tentativa de atribuir uma maior ponderação à prevenção da doença e à promoção da saúde. Todavia, algumas reformas anteriormente empreendidas concorreram para este grande passo na saúde no país (Biscaia et al., 2008).

No que se refere propriamente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, num âmbito geral, passados os seus anos iniciais de grande desempenho, o mesmo encontrava-se em grave crise em 2005 (Campos, 2008). De acordo com o mesmo autor, os principais contornos tiveram a ver com um vasto conjunto de fatores, tidos como difíceis, mas não suscetíveis de controlo: “a mudança do contexto demográfico e social; as falhas de acessibilidade e cobertura apesar da generosidade de propósitos; as falhas de qualidade cada vez mais visíveis, tornadas patentes pela exigência de utilizadores e profissionais; uma caótica gestão financeira; e uma enorme erosão das condições de governabilidade” (Campos, 2008:34). Na realidade o contexto demográfico e social alterou completamente desde a criação do SNS. Ao analisar alguns dos indicadores entre o período de 1980 a 2004, Campos (2008) diagnosticou algumas mudanças, sobretudo no que se refere à baixa da taxa de natalidade e ao aumento da população idosa, o que se deve também ao aumento da esperança média de vida. O mesmo autor refere que está subjacente a esta alteração demográfica a mudança do quadro de vida dos portugueses com uma evolução tida como considerável no acréscimo de pessoas que vivem em agregações populacionais acima dos 10 mil habitantes. Com a questão da concentração nas áreas urbanas, surgiu também um outro fenómeno, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, tendo daqui resultado, inclusive, um número elevado de pessoas sem médico de família. Salienta também que estava longe de ser cumprida a obrigação de generalização dos cuidados a cargo do SNS. Assim, áreas importantes de necessidades de saúde (ex. cuidados continuados, saúde oral, saúde mental) continuavam sem cobertura ou com uma cobertura muito desigual.

¹ Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de setembro de 1978, sublinhou que os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com os indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (Biscaia et al., 2008).

Surgiu assim a necessidade de reforma e de se definirem objetivos claros para essa mesma reforma, os quais estavam propostos no Programa do Governo. Alguns dos objetivos podem sintetizar-se nos seguintes pontos: cumprir a Constituição que determina o SNS como o modelo de serviço público de saúde; existência de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito; valorizar os cuidados de saúde primários, ou seja, os cuidados de primeiro contacto do cidadão com o sistema de saúde decorrendo daqui a tónica atribuída às unidades de saúde familiares (USF) (Campos, 2008).

A reforma dos CSP foi um dos objetivos fundamentais do Governo português na área da saúde. O enquadramento legal dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Assim, pelas Portarias n.º 272 a 276/2009, de 18 de março², foram criados os ACES. Por sua vez, o documento produzido pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em agosto de 2008, postula que a “implementação dos ACES integra-se no quadro global da transformação organizacional da administração pública, da administração da saúde e dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários” (Vital & Teixeira, 2012:10).

A visão estratégica na base desta reforma apostava que este tipo de organização permitiria uma maior proximidade ou interligação à atividade assistencial que faltava às extintas Sub-Regiões de Saúde. Simultaneamente, o nível de dimensionamento parecia comportar um potencial de obtenção de economia de escala e um ganho de produtividade (Vital & Teixeira, 2012).

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde do SNS, designados por ACES e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. No seu artigo 2º é referenciado que “os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde”; e que “o centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas”. Os ACES têm por incumbência garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e, para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolvem igualmente atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases (artigo 3º).

² Prosseguindo nesses objetivos, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, estabeleceu o enquadramento legal necessário à criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

Ainda de acordo com o mesmo documento legal (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro), nomeadamente no seu artigo 5º, os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos âmbitos: “a) Comunitário e de base populacional; b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes; c) Do exercício de funções de autoridade de saúde”. Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo falta de recursos, para os residentes na respetiva área geográfica. Os centros de saúde devem asseverar aos utentes a máxima acessibilidade possível, sobretudo através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada (artigo 6º).

Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais (artigo 7º): a) USF; b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC); d) Unidade de saúde pública (USP); e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários. Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Em suma, a reforma dos CSP iniciou-se entre 1996 e 1999, sendo posteriormente interrompida, e em 2005 reiniciada (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009). Em 2010 foram implementados experimentalmente dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: Plano de Desempenho (PD) e Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos indicam a necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações.

Em 2010, ocorreu igualmente a contratualização interna com as USF, sendo também adaptada para as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Previu-se para 2011 o aperfeiçoamento do modelo de contratualização interna entre Diretor Executivo/Conselho Clínico e USF, promovendo-se a discussão pública de novos indicadores de contratualização/acompanhamento, dando-se também continuidade ao reforço da aproximação do processo de contratualização entre as UCSP e as USF (Portugal, 2010).

1.2. Integração dos cuidados de saúde e modelo de financiamento

A Constituição da República Portuguesa consagrou, no seu artigo 64º, o direito de todos os cidadãos à proteção na saúde e traçou como desígnio fundamental do Estado, a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral que garantisse o acesso equitativo das populações a cuidados de saúde. Assim em 1979 foi criado o SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 e setembro, determinando no seu Artigo 6º, ponto 2 que “O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico

e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”. O carácter integrado dos cuidados e a centralidade do cidadão no sistema de saúde viria a ser reforçado pela Lei de Bases da Saúde, onde se pode ler, na alínea d) do nº 1 da Base II, que “Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social”. No 2º ponto da Base XIII determina-se que “Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carenciados e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”. Contudo, um conjunto de circunstâncias históricas fez com que o sistema de saúde fosse concebido como um conjunto de setores/organizações geridos como se fossem naturalmente estanques: os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, gerando ineficiência, ineficácia e desumanização na resposta às reais necessidades de saúde do cidadão.

Esta necessidade de integração assume particular relevância se atendermos às alterações demográficas verificadas, como por exemplo o aumento da esperança média de vida das populações, a diminuição da taxa de mortalidade e o crescimento exponencial da doença crónica e de evolução prolongada, resultando na prestação de cuidados contínuos. Assim o cidadão precisará de transitar entre os vários níveis de cuidados e o desejável é que essa circulação seja simples, oportuna, humana e resolva com efetividade os seus problemas.

Contudo, e tendo em conta a atual conjuntura económica, torna-se imperiosa a contenção de despesas em saúde, o que pode determinar profundas alterações no atual modelo de cuidados, designadamente, o redesenho do Sistema de Saúde, com base em políticas de gestão descentralizadas, em que, respeitando os imperativos de acesso, equidade e qualidade, se premeie a eficiência, a racionalização e combata o desperdício.

De acordo com Santana & Costa (2008), as consequências da fragmentação da estrutura de oferta de cuidados de saúde em níveis conduz a uma possível duplicação de procedimentos e de custos de transação que não permite a gestão e decisão conjunta sobre processos clínicos ou de afetação de recursos. Esta fragmentação da estrutura de oferta de cuidados gera acréscimos na despesa pela redundância na utilização dos recursos humanos, pela duplicação na utilização de outros recursos, nomeadamente nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, pela sobreposição da prescrição medicamentosa, entre muitos outros aspetos que oneram as contas públicas (Campos, 2008).

Assim, a integração de cuidados assume-se cada vez mais como uma necessidade não só de natureza assistencial, mas, fundamentalmente, de otimização de recursos. O modelo de integração adotado pode ser de âmbito estrutural (Santana & Costa, 2008), em que uma única entidade gestora é responsável pela oferta de diferentes níveis de cuidados.

Esta integração pode assumir duas configurações: integração horizontal e integração vertical.

A integração horizontal ocorre quando uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde (Grone & Garcia-Barbero, cit. por Santana, 2011). Esta entidade resulta de uma fusão entre duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) que são substitutos próximos. Os objetivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente pela tentativa de conseguir gerar economias de escala e poder de mercado.

A integração vertical, de acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde (cit por Santana 2011), consubstancia-se na agregação de *inputs* resultantes da prestação e gestão dos serviços relacionados com a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde das populações que servem. Consiste num modelo sinónimo de centralidade do cidadão, acesso, qualidade, eficiência e satisfação, sendo este o princípio subjacente à constituição de modelos de gestão como o das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Para se poder reconhecer a existência de um contexto de integração vertical devem-se verificar as seguintes condições (Santana & Costa, 2008): Quem? Entidade única responsável pelo estado de saúde; Onde? Num espaço geográfico delimitado; Objeto? Uma determinada população; O quê? Coordenar em rede os elementos que fazem parte do sistema; Como? Através de uma gestão dos vários níveis de prestação de cuidados; Porquê? Para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.

Já o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde na sua primeira versão referia no seu preâmbulo que “A incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade aconselha alterações estruturais de vulto na sua orgânica (...). A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo”. (Portal da Saúde, s.d.) Apontava então para a criação de unidades integradas de cuidados de saúde que iriam viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Alegando a indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impunha-se a consagração de tal modelo na nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde.

Em 1999, através do Decreto-Lei nº156/99, de 10 de maio, são previstos os Sistemas Locais de Saúde. Surgem então experiências de integração de cuidados, na forma de Unidades Locais de Saúde, tendo sido pioneira, nesse mesmo ano (1999), a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. Em 2007, foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no ano seguinte, foram criadas a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM), a Unidade Local de Saúde

do Baixo Alentejo e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. Em 2009, foi criada a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, e em 2011 a Unidade Local de Saúde do Nordeste.

A modalidade de financiamento utilizada para as ULS tem como unidade de pagamento a capitação com ajustamento pelo risco (processo do qual voltaremos a falar mais à frente). Antes de se descrever a forma de pagamento propriamente dita e a metodologia que está definida no Contrato-Programa para 2013, considera-se ser de extrema importância definir alguns conceitos relacionados com esta unidade de pagamento.

Assim, começa-se por explicar algumas ideias sobre o conceito de capitação. Tal como refere Pereira (2004), esta modalidade é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar. Deste conceito e indo à origem etimológica da palavra, decorre a expressão em latim *per capita*, que indica, neste caso, que independentemente das necessidades em cuidados de saúde, “por cada cabeça” o profissional prestador ou organização de saúde receberá um valor estabelecido, resultado do quociente entre determinada variável face à população de um determinado agregado, sendo atribuída uma verba global ao prestador, que fará a gestão desse capital, sendo o risco associado a esse ato de gestão, determinado pelo seu nível de eficiência. A capitação é, assim, uma unidade de pagamento agregada, centrada na procura que, pelas suas características, permite a “transferência de risco para níveis mais próximos dos prestadores, aumentando assim as responsabilidades financeiras das entidades prestadoras de cuidados de saúde” (Costa et al., 2008).

Deste modo, e pensando em todos os intervenientes no processo de financiamento, pagador prestador, consumidor e sociedade, a capitação, tal como qualquer outra unidade de pagamento, apresenta vantagens e desvantagens, conforme se descreve no quadro seguinte.

Quadro 1. Vantagens e desvantagens da capitação como unidade de pagamento

	Vantagens	Desvantagens
Pagador	Conhecimento prévio do financiamento; Controlo de gastos	Aumento da carga administrativa para regulação e avaliação da atividade
Prestador	Modelo inteiramente replicável que minimiza conflitos entre as duas linhas de autoridade e com a qualidade dos cuidados prestados	Aumento da carga administrativa para regulação e avaliação da atividade
Consumidor	Possibilidade liberdade de escolha, dependendo da formulação, sendo minimizador de conflitos de interesse entre prestadores e consumidores	Pode limitar a possibilidade de escolha, dependendo da formulação
Sociedade	Maior predomínio da promoção da saúde e prevenção da doença; Otimiza a eficiência económica e técnica, introduzindo critérios de qualidade	Possibilidade de seleção adversa e de barreiras à qualidade

Fonte: Adaptado de Costa et al. (2008).

Tendo presente o conceito de capitação, e sabendo que esta é uma unidade de pagamento que está associada à natureza imprevisível e singular da prestação de cuidados de saúde a indivíduos diferentes entre si, mas que, por si, não contempla as necessidades em cuidados de saúde inerentes a esses mesmos indivíduos, torna-se pertinente introduzir e associar a esta ideia a noção de risco e, por consequência, a ideia da necessidade de se ajustar o valor *per capita* a distribuir ao risco associado a cada doente, sendo este processo denominado de ajustamento pelo risco.

Assim, dentro do âmbito particular e complexo da saúde, o risco surge, conforme referem Costa et al. (2008), como a diversidade de estados de saúde, resultado da natureza estocástica de cada indivíduo e que provoca um mix na utilização futura de cuidados de saúde. Trata-se, assim, do valor esperado da distribuição de custos *per capita* na previsão de cuidados de saúde preventivos, de diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma população específica num determinado período de tempo. Sendo, em suma, a previsão da futura necessidade de utilização de cuidados de saúde (Costa et al., 2008).

Daqui decorrem, então, duas questões: O que é? E como se processa o ajustamento pelo risco?

De acordo com a *Joint Commission Performance Measurement*, ajustar pelo risco não é mais do que um processo estatístico utilizado para identificar e ajustar a variação de resultados dos doentes originados pela diferença das suas características (ou de fatores de risco) entre as organizações prestadoras de cuidados de saúde (Costa et al., 2008). Ao utilizar-se a informação resultante da variabilidade individual de estados de saúde, para prever as suas necessidades e despesas com cuidados de saúde, está-se, ao mesmo tempo, a ajustar e adequar o financiamento a disponibilizar às organizações de saúde. Neste sentido, ajustar pelo risco permite, numa base de equidade e eficiência, distribuir desigualmente os recursos em função das necessidades/despesas em cuidados de saúde apresentadas por cada indivíduo/população. Tal como é referido por Goni (citado por Costa et al., 2008), o ajustamento pelo risco assegura que um indivíduo doente ou saudável é igualmente rentável, uma vez que o mecanismo de ajustamento conduz a um pagamento maior se o seu custo esperado também for maior. Nesta perspetiva, a capitação ajustada pelo risco, é um sistema de pagamento prospetivo mediante o qual o pagador reembolsa um valor ao prestador pelos serviços de saúde a prestar a cada indivíduo baseado no seu gasto esperado.

O modelo de financiamento das ULS em Portugal por capitação ajustada pelo risco é, de forma geral, ajustado à estrutura organizacional destas instituições de saúde. Não obstante, impõe-se que o mesmo seja objeto de análise crítica com vista a uma maior eficiência.

Na globalidade, os modelos de financiamento das ULS alicerçam-se numa base empírica. Segundo Santana (2011), o desenvolvimento destes modelos de financiamento partiram exclusivamente da iniciativa da entidade responsável pelo financiamento das organizações

prestadoras de cuidados de saúde, as ACSS. Como tal, estes modelos não tiveram a sua génese na evolução de alguma experiência interna onde se tenha identificado resultados globalmente positivos. Acresce ainda o facto, segundo o mesmo autor, de não ter sido realizada a replicação de qualquer um dos modelos noutros contextos. Por outro lado, como salienta Castela (cit em Santana 2011), assiste-se à falta de articulação entre as estimativas e os montantes financeiros gerados pelas metodologias de financiamento e verificam-se falhas no que concerne quer à faturação prevista, quer ao próprio capital estatutário definido aquando da sua criação.

Atendendo às lacunas referenciadas, Santana (2011) apresenta algumas recomendações sobre a modalidade de pagamento às ULS a utilizar no futuro. Neste sentido, considera pertinente ter-se em consideração uma componente de remuneração variável associada ao cumprimento de um conjunto de resultados visados, apontando duas medidas fundamentais:

- Proteção do modelo de financiamento face a possíveis comportamentos perversos, sendo a este nível necessário controlar o efeito do fluxo de doentes; a seleção adversa dos doentes e a redução significativa do volume de produção e/ou qualidade dos serviços prestados ou a tentativa de maximização do score de risco através da evolução indesejável dos fatores determinantes;
- Aplicação de metodologias de pagamento pelos resultados alcançados, também designados de “pay-for-performance”. Rosenthal (cit em Santana, 2011) defende que o P4P tem a vantagem de promover uma prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança para o utente, sendo os prestadores incentivados a utilizar os procedimentos clínicos mais apropriados.

A melhoria do modelo de financiamento das ULS requer igualmente o desenvolvimento de estruturas de informação. A este respeito, Santana (2011) evidencia a necessidade da criação de uma base de dados alargada não apenas ao nível dos cuidados de saúde, mas também numa perspetiva constante do risco em contexto populacional; consolidação de dados entre as diferentes bases de dados disponíveis; exploração de outras bases de dados já existentes no país com informações relevantes sobre o processo de ajustamento do risco, nomeadamente no que respeita aos resultados dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica efetuados pelos utentes, bem como a realização sistemática de auditorias às bases de dados.

Para além das recomendações apontadas pelos autores referenciados, consideram-se pertinentes alguns ajustes estruturais ao modelo de financiamento das ULS, para que o mesmo adquira uma maior flexibilidade e eficiência, designadamente a integração dos cuidados continuados no cálculo do modelo de *per capita* agregado às ULS; reformulação da metodologia de cálculo dos custos históricos agregados aos Cuidados de Saúde Primários, atualmente sustentados na informação hospitalar (base de dados de grupos de diagnóstico homogêneos) e, posteriormente, distribuídos pelos ACES de residência do Utente; reformulação da valorização do fluxo de doentes, atualmente efetuada apenas com base na informação dada pela base de

dados GDH o que conduz a que todas as atividades efetuadas fora deste âmbito não sejam valorizadas, como, por exemplo, consultas nas Unidades de Saúde familiares.

As medidas apontadas para melhorar o modelo de financiamento das ULS não visam assumir um carácter dogmático, mas antes dispõem, elas mesmas, de flexibilidade, facilidade de adaptação e correção no sentido de contribuírem para um modelo de financiamento flexível e eficiente. O modelo de financiamento das ULS terá de ser dotado de dinamismo e flexibilidade de modo a ir de encontro às transformações socioeconómicas das populações e que se refletem nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, exigindo destas cada vez mais recursos que urge racionalizar de modo eficiente e sustentável, sem descurar a qualidade da prestação de serviços de saúde. O modelo de financiamento das ULS em Portugal apresenta-se, assim, globalmente adequado à organização e funcionamento destas instituições de saúde. Não obstante, à semelhança de qualquer outro modelo, deve ser constantemente revisto e ajustado às novas situações e realidades emergentes no sentido de uma crescente flexibilidade e eficiência das ULS.

1.3. Satisfação dos Utentes

Os cuidados de saúde primários têm-se constituído como o centro de atenção do SNS, tendo como capital objetivo a satisfação dos utentes deste serviço (Silva et al., 2007).

Pascoe (1983), refere que a satisfação do utente pode fornecer informações sobre a qualidade do serviço e pode servir de preditor de comportamentos relacionados com a saúde. Na opinião de Silva (2005), “as dimensões mais semelhantes identificadas pelos investigadores para avaliar a satisfação dos utentes são a acessibilidade/conveniência, a disponibilidade, a continuidade dos cuidados, os aspetos financeiros e a qualidade dos cuidados, abrangendo os aspetos interpessoais de cuidados, os aspetos técnicos e a satisfação com os resultados” (pg.37)

Ainda de acordo com o mesmo autor, na acessibilidade/conveniência incluem-se todos os fatores envolvidos na preparação para a receção de cuidados médicos/enfermagem e de serviços de saúde dos quais se destacam: a distância que o utente tem que percorrer para chegar aos locais onde recebe cuidados de saúde, o tempo e o esforço despendido para marcar uma consulta, os horários em que os cuidados são prestados, tempo de espera na instituição de saúde, se existe parques de estacionamento suficientes. Por sua vez, a disponibilidade engloba as medidas relacionadas com a acessibilidade e centram-se regularmente no número de médicos, enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde e nalgumas vantagens com o número de entidades prestadoras de cuidados de saúde existentes na área. A disponibilidade dos cuidados tem a ver com os diferentes recursos que limitam os cuidados. A continuidade dos

cuidados consiste numa dimensão que poucas vezes tem sido medida. É definida em termos de regularidade de cuidados tendo em conta a mesma facilidade, a mesma localização e o mesmo prestador. Pode igualmente ser definida, embora menos frequentemente em termos de disponibilidade de um registo clínico contínuo em todas as visitas efetuadas pelo utente. Há a referir também os aspetos financeiros, que se prendem com a capacidade dos cidadãos em pagar serviços ou planejar o seu pagamento, nomeadamente das taxas moderadoras em vigor atualmente, o que se constitui como um fator importante no recebimento de cuidados de saúde. Os aspetos interpessoais dizem respeito à qualidade do cuidado prestado ao doente por parte do prestador de cuidados. Miranda (2003) refere que a qualidade do serviço pode ser definida como a perceção do cliente face ao quanto um serviço vai ao encontro ou excede as suas expectativas. Por último e não menos importante, os aspetos técnicos, ou seja, a necessidade de haver uma sólida evidência empírica que suporte o uso da pontuação da satisfação dos utentes (Miranda, 2003).

De acordo com Pereira et al., (2001), a satisfação do utente é um conceito sumário que numa perspetiva teórica se refere ao enorme leque de reações do utente face à sua experiência dos cuidados de saúde. Do ponto de vista aplicado, este conceito refere-se a uma das dimensões dos serviços de saúde que devem ser avaliadas quando se monitoriza a qualidade dos mesmos.

A satisfação dos utentes é hoje em dia considerada um importante fim para os serviços de saúde e ganhou um amplo reconhecimento como medida de qualidade (Williams, 1994). A integração de processos de avaliação da qualidade e da satisfação na saúde humana constitui uma revolução nos métodos e horizontes rumo ao conhecimento das complexas relações entre a saúde e os seus condicionantes. Estas relações designam o “nível de vida” das populações, pois, a saúde envolve não só as capacidades físicas, mas também os recursos pessoais e sociais de uma comunidade. Hoje a satisfação dos utentes, além de constituir um valor orientador da conduta dos profissionais de saúde e presidir para a satisfação das suas necessidades, encontra-se consagrada nos seus códigos deontológicos e é um claro indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, hoje em dia tão mediáticos na sociedade regional, nacional e internacional (Gomes & Costa, 2008).

No que respeita às prestações de instituições e profissionais de saúde, vários estudos anotam uma crise relacionada com a atuação dos sistemas de prestação de cuidados. A satisfação e a confiança dos utentes nos diferentes sistemas estão em declínio e as causas incluem a insegurança provocada pela doença, o deficiente funcionamento dos serviços, a falta de informação e o agravamento dos custos. Além disso, os doentes pretendem serviços de alta qualidade e acreditam que os melhores cuidados não lhes estão a ser prestados (Zonsius & Murphy, 2009).

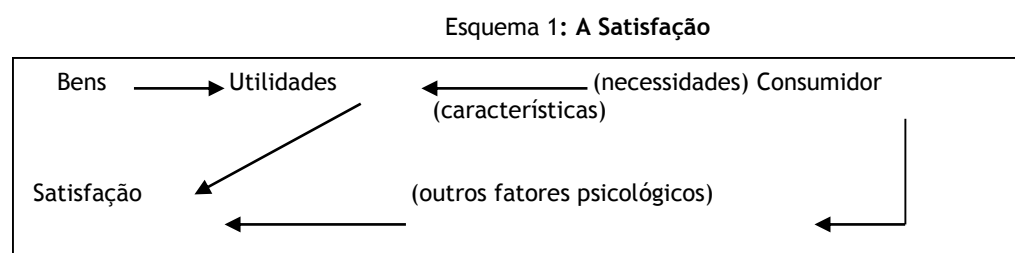
A evolução dos cuidados de saúde trouxe novas realidades, quer em termos organizativos, quer em termos da prestação efetiva dos cuidados. Assistiu-se à mudança na gestão das organizações

prestadoras de cuidados de saúde, cada vez mais com a denominação de empresas, mas também à mudança na denominação dos doentes para utentes e mais recentemente para clientes (Zonsius & Murphy, 2009). Associada a estas mudanças está a implementação de uma filosofia de qualidade dos cuidados, que coloca o cidadão cada vez mais no centro do sistema. Esta centralidade surge na tentativa de dar voz aos utentes/clientes, de saber o que pensam sobre os serviços que lhes são prestados, como percebem essa prestação, que expectativas têm, de que forma estão satisfeitos com o tipo e a forma de cuidados de saúde existentes (Alves, 2007).

Ferreira et al. (2003) dizem que é preciso ouvir as pessoas, saber o que pensam, o que sentem e o porquê, bem como o que preferem e por que razão. Neste pressuposto, a opinião dos utilizadores de cuidados de saúde é importante para avaliar a dimensão da sua satisfação, face à prestação e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Tradicionalmente, em conformidade com o mesmo autor, a opinião dos clientes não era tida em grande valor, só mais recentemente se verificou a importância do julgamento dos doentes na aceitação dos cuidados e seus benefícios. O interesse cresceu não só no acesso aos cuidados de saúde, mas também na avaliação sistemática da prestação, estando relacionado com a satisfação dos utentes. Assim Ribeiro (2005) afirma que “o conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objeto” (pg. 53). Quer isto dizer que é o próprio sujeito que atribui o sentido da satisfação em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Pressupõe elementos afetivos e cognitivos individuais uma vez que é um aspeto determinado por cada pessoa.

Sepúlveda (2001) afirma que “de uma forma genérica satisfação será o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja” (pg 36). Para a mesma autora, a satisfação tanto poderá ser uma atitude como uma reação. Será uma atitude quando o utente for um consumidor de cuidados e uma reação quando existir uma relação com um prestador específico (enfermeiro e família).

Para Alves (2003), “a satisfação é a constatação que exprime um certo grau de realização” (pg. 43). Está relacionada com o facto de as necessidades ou os desejos se encontrarem satisfeitos, como demonstra o esquema seguinte:



Fonte: Alves (2003, pg. 43).

O mesmo autor afirma que o aspeto da satisfação será a concretização de um desejo, anseio ou expectativa, manifestada na resolução de um problema concreto relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Esta manifestação dos utentes é importante, se funcionar como feedback para os prestadores compreenderem onde poderão ser empreendedores, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, podendo ir ao encontro das necessidades sentidas pelos utilizadores, cada vez que necessitam recorrer aos serviços de saúde.

Carr-hill (1992) refere que a satisfação é uma necessidade e simultaneamente uma expectativa, é um conceito complexo relacionado com um grande número de fatores, como o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais da sociedade, Marques (1994) também refere que, independentemente das diferenças que existem nos indivíduos, dadas as diversas necessidades que levam a padrões de comportamento variados, o modelo básico que se apresentou é sempre o mesmo. Isto é, quando se cria uma necessidade, desequilibra-se o nosso organismo, cria-se uma tensão, uma insatisfação, um mau estar que leva o indivíduo a agir. Dessa ação resulta, ou a satisfação da necessidade que se procura, regressando tudo ao equilíbrio inicial; ou, em caso de ação ineficaz, mantém-se o desequilíbrio. Por outras palavras, o comportamento humano é o resultado da procura de satisfação das suas necessidades.

A avaliação de um serviço de saúde está, então, intimamente ligada à definição e ao consenso; é um produto social e implica valores e ideologias, e, por essa razão, a participação do utente tem sido de extrema importância na obtenção de informações a respeito da qualidade do serviço prestado (Alves, 2007).

Particularmente, nos serviços de saúde, a participação do utente é inerente à própria tarefa, pois ele é coparticipante de ações médicas. Historicamente, a opinião do utente foi desprezada, dado a necessária complexidade de assistência sanitária, desabilitando-o da sua condição de avaliador do serviço ao qual é submetido (Alves, 2007). E muitas unidades prestadoras de cuidados, não realizam um esforço sério para entender, atender e exceder as necessidades dos seus clientes. Estão pouco preocupadas em conhecer a vontade e as expectativas dos seus clientes, assim pouco sabem a respeito da avaliação que os clientes fazem delas (Mezomo 2001). O mesmo autor refere ainda que para melhorar continuamente os processos de prestação de serviços é preciso conhecer os clientes e as suas expectativas.

Outro fator que contribuiu para o afastamento do utilizador, da sua condição de avaliador pode ser atribuído à maneira como se processam os pagamentos em saúde, desvinculando-o do serviço recebido - paga-se sem usar, e usa-se sem pagar. Acrescente-se, a isso, a desigual percepção sobre o direito à saúde, que faz com que as pessoas acreditem que umas possuem mais direito à saúde do que outras, na dependência da sua condição social (Mezomo, 2001).

Assim, os serviços de saúde mantiveram-se distantes da possibilidade de avaliação e da opinião dos seus utilizadores, sob a alegação de que estes seriam desprovidos de conhecimento técnico e, portanto, não preparados para a avaliação. Atualmente, a opinião dos utilizadores é utilizada com alguma reserva, pois encontra-se influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes, dificultando a delimitação de critérios para a sua avaliação. Ainda assim, dado que os processos assistenciais são complexos, não basta conhecer a opinião dos clientes “genéricos”. É necessário decompor o processo assistencial e identificar em cada uma das partes quem são os seus usuários e quais são as suas necessidades.

O grau de satisfação dos utentes relaciona-se principalmente com a qualidade e o tipo de relação estabelecida entre este e o profissional. Os utentes desejam ser tratados com respeito, dignidade e singularidade e ser aceites como são, independentemente dos valores e crenças que regem a sua vida pessoal, familiar, profissional e comunitária, sendo encarados como membros efetivos e participantes de todo o processo de doença, tratamento e recuperação no sentido de se adaptarem melhor e obterem qualidade de vida (Fernandes et al., 2009).

Neste âmbito refere-se Chaves et al. (2012), que realizaram um estudo para: identificar o grau de satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela; determinar em que medida as variáveis do estado de saúde influenciam a satisfação dos utentes; descrever o nível de satisfação dos utentes em relação às dimensões de enfermagem, médicas, administrativas e funcionamento geral da Unidade de Saúde; determinar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação; compreender de que modo os fatores sociodemográficos interferem na satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde; compreender a influência das variáveis do estado de saúde sobre a satisfação e promover a melhoria dos cuidados de saúde aos utentes da Unidade de Saúde de Tondela. Foram inquiridos 1343 utentes e os autores concluíram que não existem diferenças significativas entre o sexo e a satisfação dos utentes.

Outro estudo realizado no âmbito da satisfação dos utentes em relação aos Cuidados de Saúde Primários é o de Pimentel (2010). Aqui os utentes expressam opinião positiva no que respeita à satisfação em termos globais, sendo o parecer menos positivo face: aos espaços de atendimento/espera e qualidade das instalações, ao tempo de obtenção de consulta e ao tempo de espera para ser consultado, à facilidade de contacto com o médico e ao apoio domiciliário. Assim, a autora concluiu que os aspetos prioritários a melhorar recaíram na necessidade de disponibilização de mais médicos de família, no melhoramento de equipamentos e de instalações, no acesso a exames de diagnóstico e terapêutica e na redução do tempo de espera de consulta.

Ribeiro (2003), estudou os motivos pelos quais os utentes recorrem aos CSP, verificou que o principal motivo pelo qual os utentes mais recorrem a estes serviços tem a ver com as consultas de vigilância (consulta de hipertensão, de diabetes, de saúde materna e de saúde infantil); a

vacinação, tratamentos e o facto de se encontrarem doentes. Concluiu igualmente que a minoria dos sujeitos da sua amostra um pequeno número de utentes recorre aos CSP por motivos de medicação e baixas médicas.

Lourenço (2009) realizou uma investigação, pretendendo avaliar a satisfação dos utentes utilizadores dos Centros de Saúde (Soares dos Reis e Oliveira do Douro, Arcozelo e Boa Nova e Barão do Corvo - Vila Nova de Gaia) em relação ao seu médico de família e à satisfação com o seu Centro de Saúde, nomeadamente no que respeita às dimensões dos cuidados que lhe são prestados (área dos cuidados médicos, informação e apoio, atitudes relacionais e comportamentais, organização dos serviços, continuidade e cooperação), e às áreas específicas da satisfação: consulta, marcação e acessibilidade, relativa aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), condições do Centro de Saúde e serviços prestados. Depois de inquirir 300 participantes concluiu que a qualidade da satisfação dos utentes é determinada pelo vínculo relacional entre os profissionais de saúde (com particular destaque para o médico de família) e o utente. Quanto mais institucional e burocrático for o Centro de Saúde, mais afastada e desinvestida é a relação com o utente, daqui resultando menor satisfação dos diferentes intervenientes (utentes e profissionais). Outra conclusão a que chegou tem a ver com o facto de a maioria dos participantes ter manifestado um nível de satisfação razoável e bom com a organização dos serviços, bem como na dimensão do tempo que esperou na sala de espera pela consulta. A satisfação sobre a organização dos serviços é, na generalidade, positiva. Lourenço (2009) verificou também que a maioria dos participantes recorre aos Cuidados de Saúde Primários por estar doente há vários dias, tendo marcado a consulta dirigindo-se diretamente ao Centro de Saúde, admitindo que não foram avisados acerca da possibilidade, caso necessário, de alterar a data e/ou hora da consulta. Dividiram entre o razoável e o bom a satisfação em relação à acessibilidade/transportes. Os enfermeiros surgem com melhor avaliação, classificados como muito bom. No que se refere ao pessoal Administrativo, a avaliação foi considerada como razoável por alguns dos participantes. O autor verificou que a satisfação sobre a organização geral do Centro de Saúde se dividiu maioritariamente pela classificação de razoável ou boa. O horário de atendimento foi, na maioria, classificado como bom. A higiene e a limpeza das instalações, para a maioria dos participantes, foram classificadas como muito boas. Estes resultados não corroboram os de Ferreira et al. (2003), onde a avaliação atribuída pelos utentes em relação à limpeza e higiene das instalações foi fraca.

No estudo efetuado pela Secretaria Regional dos Açores, em 2009, a maioria dos participantes afirmou possuir médico de família, tendo alegado como motivo de deslocação ao Centro de Saúde as consultas e tratamentos, surgindo depois as urgências. Os indicadores gerais sobre a satisfação com a organização dos CSP foram positivas. Relativamente aos vários itens analisados realçou-se pela positiva a localização do Centro de Saúde; a limpeza/higiene; acessibilidade/transporte. Como aspetos com menor classificação (embora positiva em todos

os casos) surgem os espaços atendimento/espera e a qualidade das instalações. O mesmo organismo supracitado também concluiu que os indicadores gerais sobre a satisfação em relação ao atendimento apresentavam, na sua generalidade, classificações positivas, com exceção de dois aspetos relativos aos tempos de espera para a obtenção de consulta e para ser consultado. Realçaram-se pela positiva: o atendimento telefónico, o horário e o processo de atendimento. Como aspetos com menor classificação, embora positiva, verificou-se: o tempo obtenção consulta e o tempo de espera para ser consultado (Secretaria Regional dos Açores, 2009). Foi também constatado que os indicadores gerais sobre a satisfação dos utentes face aos serviços médicos apresentavam classificações positivas, nomeadamente no que respeita ao relacionamento com o médico e ao aconselhamento/ tratamento. Como aspetos com menor classificação (embora positiva) sobressaiu a facilidade de contacto com o médico. Os indicadores gerais sobre a satisfação com os serviços de enfermagem revelaram classificações muito positivas, sobretudo no que concerne à competência/desempenho funções e ao aconselhamento cuidados a manter.

Os estudos aqui referidos encontram-se sistematizados no Anexo I.

Para concluir há, ainda, a referir que um dos fatores que atualmente gera alguma controvérsia e conseqüentemente pode influenciar a satisfação dos utentes é o regime de taxas moderadoras. Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, as taxas moderadoras podem ser cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Encontram-se isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Neste sentido, foi publicado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. O novo regime da cobrança de taxas moderadoras no acesso às prestações de saúde realizadas pelo SNS entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012, tendo sido alterado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho, esta última alteração vigente desde 25 de julho de 2013.

No conjunto dos países da União Europeia apurou-se que mais de metade mantém um regime de partilha de custos com o doente para acesso ao médico de família, ambulatório especializado (“médicos especialistas” que não em medicina geral e familiar) e internamento.

Capítulo II - Metodologia

2.1. Objetivos

A presente investigação tem como objetivo geral:

Verificar quais os motivos que levam os cidadãos a recorrer aos serviços de saúde (USF e UCSP) e qual a sua satisfação face aos mesmos.

A partir do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Traçar um perfil sociodemográfico dos utentes;
- 2) Averiguar da existência de médico de família;
- 3) Verificar os motivos que os levam aos Cuidados de Saúde Primários;
- 4) Averiguar qual o grau de satisfação com:
 - 4.1) a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde a que recorrem;
 - 4.2) o atendimento do serviço de saúde a que recorrem;
 - 4.3) o serviço médico do serviço de saúde a que os utentes recorrem;
- 5) Verificar quais os motivos pelos quais os utentes recorrem aos CSP;
- 6) Averiguar qual a situação/opinião dos utentes face às taxas moderadoras;

2.2. Questões de investigação

A elaboração das questões de investigação assume-se como a fase que deve potenciar o conhecimento do fenómeno em estudo, de uma forma significativa (Polit & Hungler, 2004).

Deste modo, e atendendo aos objetivos traçados anteriormente, formulam-se as questões de investigação, às quais este estudo pretende responder:

Q1 - Quais os motivos que levam os cidadãos da cidade da Guarda a recorrerem aos serviços de saúde?

Q2 - Qual o seu grau de satisfação, nomeadamente face aos cuidados de saúde prestados nas USF e UCSP.

Q3 - As variáveis género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional interferem na satisfação dos utentes?

Q4 - Qual é a situação/opinião dos utentes face às taxas moderadoras?

2.3. Tipo de estudo

O tipo de estudo consiste na descrição da estrutura utilizada, em conformidade com as questões de investigação, de modo a descreverem-se variáveis ou grupos de sujeitos, bem como explorar as relações entre as variáveis e/ou verificar hipóteses de causalidade (Freixo, 2011). Os estudos de investigação dividem-se em duas grandes categorias: estudos analíticos e estudos descritivos (Fortin, 2009). Os estudos descritivos objetivam a descrição de frequências sem procurar quais os fatores causais, enquanto os estudos analíticos visam os fatores causais ou de associação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Esta investigação vai decorrer em duas etapas. Numa primeira etapa vai ser efetuado um estudo descritivo para responder a algumas das questões de investigação colocadas. Numa segunda etapa vai ser efetuado um estudo analítico que irá focar essencialmente a satisfação dos utentes e que pretende ser o contributo inovador deste trabalho de investigação dado que não é usual neste tipo de estudos.

Assim, o primeiro estudo, de tipo descritivo, visou descrever e explorar evidências; de natureza transversal, centrou-se apenas numa evidência não sequencial no tempo e no espaço, e quantitativo, uma vez que se trata de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2008).

2.4. Variáveis

Existem várias definições de variável, embora coexistam todas num mesmo princípio: ao qual se pode atribuir uma medida, são particularidades de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, podendo-se atribuir valores numerais (Fortin, 2009).

Uma variável pode ser definida como “qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada” (Freixo, 2011:174).

Segundo Rodrigues (1998), para operacionalizar variáveis é necessário um trabalho de construção e seleção, tornando-as compreensíveis e operáveis. Este autor também refere que a operacionalização deve obedecer a três fases: definição de conceitos, determinação de dimensões e precisar os indicadores. As variáveis permitem assim, descobrir e expressar as relações existentes entre os fenómenos.

Existem vários tipos de variáveis, salientam-se pela sua importância, as variáveis dependente e independente.

2.4.1. Variável dependente

Para a realização da segunda etapa desta investigação torna-se necessário definir as variáveis deste estudo.

A variável dependente é aquela cujos valores são em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições, ou seja, resposta que reflete os efeitos da variável independente manipulada. Face à manipulação da variável independente (X), a variação daí resultante vai refletir-se na variável dependente, ou seja «Y» (Freixo, 2011:176).

A variável dependente é definida como a “variável de resultado que interesse ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depende de outra variável, por vezes chamada de critério” (Polit & Hungler, 2004:373).

Resumindo, considera-se a variável dependente como sendo a correspondente ao fator ou fenómeno que se pretende explicar ou descobrir e que é determinado pelas variáveis independentes.

A variável dependente desta investigação diz respeito à satisfação dos cidadãos da cidade da Guarda em relação aos serviços prestados pelos serviços de saúde. Para mensurar esta variável dependente foram tidas em conta as opiniões dos inquiridos relativamente a um conjunto de itens, nomeadamente: a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde a que recorre (localização do Centro de Saúde; acessibilidades\transportes; qualidade instalações; espaços de atendimento\espera; limpeza e higiene das instalações; equipamento diagnóstico\terapêutica); o atendimento do serviço de saúde a que recorre (horário de

atendimento, processo de atendimento, tempo obtenção consulta, tempo espera para ser consultado, informações prestadas); o serviço médico do serviço de saúde.

A variável foi mensurada com recurso à estatística inferencial, nomeadamente através de testes paramétricos, com base no programa estatístico, SPSS 20. Foi utilizado um grau de probabilidade de erro (p -value) ≤ 0.05 , considerando um intervalo de confiança de 95%. Foram também tidas em conta as medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

2.4.2. Variáveis independentes

A variável independente, também chamada muitas vezes de tratamento ou intervenção ou simplesmente de variável experimental, é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2009). Também pode ser conceituada como “a variável que segundo a crença, causa ou influencia a variável dependente, em uma pesquisa experimental a variável independente é aquela que é manipulada” (Polit & Hungler, 2004:373).

A variável independente está relacionada com a variável dependente no sentido que uma influencia a outra. A referida relação constitui a base da predição exprimindo-se pela formulação de hipóteses. Assim, as variáveis independentes correspondem às condições ou fatores que influenciam direta ou indiretamente a variável dependente (Almeida & Freire, 2003).

Existem muitas variáveis independentes que podem ser causa do problema em estudo. Contudo e tendo por base a revisão da literatura efetuada, optou-se por seleccionar as variáveis sociodemográficas (idade, género, habilitações literárias, atividade profissional, estado civil, zona de residência e as variáveis contextuais (ter médico de família, motivos que levam os utentes aos serviços de saúde da Guarda, taxa moderadora)

2.5 Formulação de Hipóteses

Qualquer tema de investigação apresenta no problema a dificuldade sentida, pelo que se torna fundamental a procura de uma resposta “provável, suposta e provisória”, que se traduz na hipótese (Lakatos & Marconi, 2004:104). Fortin (2009) considera que uma hipótese é um

enunciado formal que estabelece relações previstas entre duas ou mais variáveis (pg.102). Ou seja, uma hipótese é a explicação ou solução mais plausível para um problema, uma sugestão de resposta para o problema. Na opinião de Lakatos e Marconi (2004), a hipótese é “uma preposição que se faz na tentativa de verificar a validade da resposta existente para um problema” (pg.120). Por outras palavras, uma hipótese traduz um enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados. É a hipótese e não o enunciado do problema, que vai ser testada empiricamente, através da colheita e análise dos dados.

Sendo assim, de acordo com o problema em estudo, procurar-se-á o estabelecimento de relações entre as variáveis, formulando-se, deste modo, as hipóteses que se pretendem estudar.

Para conhecer quais os fatores que condicionam o nível de satisfação dos utentes formularam-se as seguintes hipóteses:

H₁: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes, em relação à organização dos serviços prestados pela USF e UCSP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

H_{1a}: A idade influencia a satisfação dos utentes.

H_{1b}: O género influencia a satisfação dos utentes.

H_{1c}: As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes.

H_{1d}: A situação profissional influencia a satisfação dos utentes.

H₂: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes, em relação à organização dos serviços prestados pela USF e UCSP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

H_{2a}: A idade influencia a satisfação dos utentes.

H_{2b}: O género influencia a satisfação dos utentes.

H_{2c}: As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes.

H_{2d}: A situação profissional influencia a satisfação dos utentes.

H₃: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes, em relação ao atendimento geral da USF e UCSP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

H_{3a}: A idade influencia a satisfação dos utentes.

H_{3b}: O género influencia a satisfação dos utentes.

H_{3c}: As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes.

H_{3d}: A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes.

H₄: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes, em relação ao atendimento da USF e UCSP, tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

H_{4a}: A idade influencia a satisfação dos utentes.

H_{4b}: O género influencia a satisfação dos utentes.

H_{4c}: As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes.

H_{4d}: A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes.

2.6. Instrumento de recolha de dados: questionário

Para a obtenção dos dados necessários recorreu-se a um inquérito através da aplicação de um questionário (Anexo II). Foram inquiridos os cidadãos da cidade da Guarda que recorrem aos serviços de saúde da USF e a UCSP da Guarda.

O questionário caracteriza-se como um método de diagnóstico relativamente simples, porém, deve ser construído de forma cuidada de modo a fornecer todos os dados pertinentes para o em estudo (Hill & Hill, 2002).

Para a realização deste estudo, foi elaborado um questionário constituído por dois grupos. O grupo I, composto por questões de âmbito sociodemográfico que foi desenvolvido para descrever os participantes. Neste sentido, pretende-se obter informações acerca do sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, zona de residência, ter médico de família, motivo de deslocação aos Cuidados de Saúde Primários. O grupo II incluiu 5 questões relacionadas com a satisfação dos utentes face ao serviço de saúde que recorre, sendo as

mesmas avaliadas numa escala de tipo Likert de cinco níveis: muito fraca, fraca, razoável, boa, muito boa; contém também uma questão de múltipla escolha, a partir da qual se pretende conhecer as razões pelas quais os utentes recorrem ao Centro de Saúde; incluiu, por fim, 5 questões relacionadas com as taxas moderadoras.

2.7. Procedimentos

O questionário foi elaborado a partir do questionário de Pimentel (2010) e tendo em consideração a revisão da literatura. Antes de se ter aplicado o questionário, realizou-se um pré-teste sobre um conjunto de indivíduos que possuíam características muito semelhantes às da população/amostra alvo (Ander-Egg, 2000). Assim, a versão inicial do questionário foi testado com 5 utentes, não pertencentes à amostra final, com o intuito de se verificar se o mesmo era compreendido pelos diferentes intervenientes e se dava resposta aos objetivos a atingir. Depois de pequenos ajustes, não houve necessidade de se proceder a maiores reformulações.

Para a presente pesquisa e tendo em conta os pressupostos apresentados para as técnicas de amostragem, considerou-se a utilização da amostragem não-probabilística, bola-de-neve (Hill & Hill, 2011). Neste processo de amostragem o investigador estabelece contacto inicial com alguns sujeitos, previamente identificados como membros do grupo que se pretende estudar, são estes sujeitos que por sua vez, põem o investigador em contacto com outros membros desse grupo, e assim sucessivamente (Hill & Hill, 2011).

Os questionários foram entregues pessoalmente e a investigadora disponibilizou-se para esclarecer qualquer questão que pudesse levantar dúvidas aos participantes, os quais foram selecionados aleatoriamente, mas de forma conveniente, pela cidade da Guarda, até perfazer uma amostra consistente.

Para a escolha das técnicas estatísticas foram inicialmente considerados determinados fatores: o tipo de escalas utilizadas, o tipo de hipótese a testar e o objetivo da pesquisa. Na presente dissertação, a análise dos dados recolhidos foi realizada através dos dois métodos de análise estatística: a análise descritiva (Anexo III) e a análise inferencial. Para a análise descritiva, recorreu-se a tabelas de frequência, que identificam o número de inquiridos que deram respostas possíveis a cada pergunta, indicando a sua percentagem. Em termos de análise inferencial, recorreu-se a testes paramétricos. Assim, para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são expostos dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais).

Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda

Recorreu-se igualmente ao *teste One-Way Anova* (análise de variância com um fator), utilizado em casos se os grupos são bem modelados por distribuições normais de igual variância e permite comparar as médias entre os grupos (Pestana & Gageiro, 2009).

Para efetuar esta análise estatística todos os dados recolhidos foram tratados no programa estatístico, SPSS 20. Foi utilizado um grau de probabilidade de erro (p-value) ≤ 0.05 (valor normalmente adotado nas pesquisas em ciências sociais), considerando um intervalo de confiança de 95%.

Capítulo III - Apresentação e Discussão dos Resultados

3.1. Apresentação dos resultados

Os resultados seguidamente apresentados referem-se à análise estatística dos dados recolhidos e serão organizados em função dos objetivos delineados.

Assim, a partir do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Traçar um perfil sociodemográfico dos utentes;
- 2) Averiguar da existência de médico de família;
- 3) Verificar os motivos que os levam aos Cuidados de Saúde Primários;
- 4) Averiguar qual o grau de satisfação com:
 - 4.1) a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde a que recorre;
 - 4.2) o atendimento do serviço de saúde a que recorre;
 - 4.3) o serviço médico do serviço de saúde a que os utentes recorrem;
- 5) Verificar quais os motivos pelos quais os utentes recorrem aos CSP;
- 6) Averiguar qual a situação/opinião dos utentes face às taxas moderadoras;

3.1.1. Caracterização socioeconómica dos inquiridos

Na caracterização da amostra, composta por 98 participantes, são tidas em consideração as variáveis sociodemográficas, sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, zona de residência, ter médico de família, motivo de deslocação aos Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com os dados apurados, o escalão etário com maior representatividade (16%) é o dos 26-30 anos, seguindo-se os escalões dos 36-40 anos e 41-45 anos, ambos com 13% dos inquiridos. Obteve-se uma média de idades de 45,50 anos (cf. Tabela 1)

Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda

Tabela 1. Repartição dos inquiridos pelos escalões etários

Idade	n	%
≤25 anos	10	10%
26-30 anos	15	16%
31-35 anos	10	10%
36-40 anos	12	13%
41-45 anos	12	13%
46-50 anos	7	7%
51-55 anos	5	5%
56-60 anos	10	10%
61-65 anos	8	8%
≥ 66 anos	8	8%
Total	98	100%

Apurou-se que 55% dos inquiridos são do género feminino e que 45% são do género masculino (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo o género

Género	n	%
Feminino	54	55%
Masculino	44	45%
Total	98	100%

Quanto às habilitações literárias, verificou-se que prevalecem os sujeitos da amostra com o Ensino Superior (41%), seguindo-se os que têm o Ensino Secundário (38%), esta evidência pode ser justificada com o facto de, na altura da recolha de dados, os sujeitos que mais aderiram ao preenchimento dos questionários tivessem sido precisamente os que possuíam mais habilitações literárias, não havendo tanta adesão por parte de outros indivíduos com menos habilitações literárias. É também representativo o valor percentual de 12% dos sujeitos da amostra que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra segundo as habilitações literárias

Habilitações académicas	n	%
1º Ciclo do ensino básico	5	5%
2º Ciclo do ensino básico	4	4%
3º Ciclo do ensino básico	12	12%
Ensino secundário	37	38%
Ensino Superior	40	41%
Total	98	100%

Relativamente à situação profissional, apurou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (57%) enquadra-se no setor terciário, correspondendo àquele que engloba as atividades de serviços e

comércio. Registou-se que 13,5% dos participantes estão desempregados, sendo 5% estudantes (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Caraterização da amostra segundo a situação profissional

Situação profissional	n	%
Setor primário	0	0%
Setor secundário	0	0%
Setor terciário	56	57%
Doméstica	1	1%
Estudante	5	5%
Reformado	10	10%
Desempregado	13	13,5%
Sem resposta	13	13,5%
Total	98	100%

Registou-se que 42% dos participantes são casados, estando muito próximos, em termos de valores percentuais, os participantes solteiros (41%). Há a salientar também o valor encontrado em termos de sujeitos da amostra divorciados (10%) (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Caraterização da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	n	%
Solteiro/a	40	41%
Casado/a	41	42%
União de facto	6	6%
Divorciado/a	10	10%
Viúvo/a	1	1%
Total	98	100%

3.1.2 Existência de médico de família

Verificou-se que quase a totalidade dos sujeitos da amostra (99%) têm médico de família (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Caraterização da amostra em função de ter ou não médico de família

Médico de família	n	%
Sim	97	99%
Não	1	1%
Total	98	100%

3.1.3. Principais motivos que levam os inquiridos a deslocarem-se aos CSP

No que concerne aos motivos que levam os sujeitos da mostra a deslocar-se aos Cuidados de Saúde Primários, verificou-se que 68% o faz par ir a consultas, 24% por urgência, 2% para tratamentos. Dos participantes que indicaram outro motivo, 2% deles é para pedir exames médicos, 1% para pedido de receitas e 1% para atestados médicos (c. Tabela 7).

Tabela 7. Motivo que normalmente leva à deslocação aos Cuidados de Saúde Primários

Deslocação aos Cuidados de Saúde Primários		n	%
	Urgência	23	24%
	Consulta	67	68%
	Tratamento	2	2%
Outra	Nunca se deslocou	2	2%
	Atestados médicos	1	1%
	Pedido de receitas	1	1%
	Pedido de exames médicos	2	2%
	Total	98	100%

3.1.4 Grau de satisfação dos inquiridos com os cuidados de saúde

Para se usar o teste de hipótese ANOVA foram recodificadas três variáveis (idade, habilitações literárias e situação profissional) uma vez que havia uma grande discrepância em termos de frequência (n) em alguns grupos instituídos aquando da análise descritiva, mais concretamente, na descrição sociodemográfica da amostra. Assim, constituíram-se três grupos de modo a obter-se homogeneidade em cada grupo recodificado: na idade foram instituídos três grupos etários: até 35 anos; 36-45; mais de 46 anos; nas habilitações literárias a sua recodificação deu origem a: Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico); Ensino Secundário e Ensino Superior; no que se refere à situação profissional, a sua recodificação deu origem a: empregado (Setor Primário, Setor Secundário, Setor Terciário), desempregado (desempregados e estudantes) e reformado.

Idade e satisfação

Os resultados obtidos demonstram que, em termos de valores médios, os sujeitos da amostra com menos de 35 anos de idade são os que obtiveram um valor mais elevado 3,65, seguindo-se os que possuem entre os 36 e os 45 anos, com uma média de 3,62, sugerindo que são estes utentes os mais satisfeitos em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde. Os utentes com mais de 46 anos são os menos satisfeitos, com uma média de 3,54. Não se registram diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p > 0,05$, levando à rejeição da hipótese formulada (H_{1a} : A idade influencia a satisfação dos utentes em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde) (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função da idade

Idade		Média		F	p
Satisfação com a organização dos serviços prestados pelo serviço de saúde	Até 35	36-45	46 e +	1,166	0,326
	3,65	3,62	3,54		

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde, tendo em conta a localização do Centro de Saúde; acessibilidades\transportes; qualidade instalações; espaços de atendimento\espera; limpeza e higiene das instalações; equipamento diagnóstico\terapêutica (cf. Tabela 9), registou-se que os utentes com menos de 35 anos são os que revelaram maior satisfação, uma vez que a média obtida ($M=3,47$) é superior à registada para os restantes utentes, sendo os inquiridos com mais de 46 anos os menos satisfeitos. Porém, não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p>0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada. (H_{2a} : A idade influencia a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde).

Tabela 9. Satisfação face à organização do serviço de saúde em função da idade

Idade		Média		F	p
Satisfação face à organização do serviço de saúde	Até 35	36-45	46 e +	0,275	0,843
	3,47	3,40	3,36		

Os dados apurados revelam que os utentes com idades compreendidas até aos 35 anos revelam maior satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde, uma vez que a média obtida foi a mais elevada ($M=3,69$) do que a registada nos outros utentes, sem que se tenha verificado diferenças estatisticamente significativas, dado que $p>0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada (H_{3a} : A idade influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde) (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde em função da idade

Idade		Média		F	p
Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde	Até 35	36-45	46 e +	2,065	0,109
	3,69	3,68	3,56		

No que se refere à satisfação dos utentes face ao atendimento prestado pelos serviços, tendo em conta o horário de atendimento, o processo de atendimento, o tempo obtenção consulta, o tempo espera para ser consultado e as informações prestadas, verificou-se que os utentes na faixa etária dos 36-45 anos foram os que se revelaram mais satisfeitos, dado que o valor médio obtido par este grupo etário foi o mais elevado ($M=3,43$), comparativamente os outros grupos etários, dos quais foram os utentes com idades superiores a 66 anos a revelarem menor satisfação. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas, dado que $p>0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada (H_{4a} : A idade influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento prestado pelos serviços) (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função da idade

Idade			Média			F	p
Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço	Até 35	36-45	46 e +				
	3,39	3,43	3,37	0,107			0,956

Género e satisfação

Os resultados obtidos demonstram que, em termos de valores médios, os sujeitos da amostra do género feminino revelaram maior satisfação face à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde, pois obtiveram uma média de 3,62, comparativamente aos 3,53 participantes do género masculino. Porém não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p > 0,05$, levando à rejeição da hipótese formulada (H_{1b} : O género influencia a satisfação dos utentes face à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde) (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função do género

Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde	Masculino		Feminino			
	M	Dp	M	Dp	t	p
	3,53	0,178	3,62	0,238	1,496	0,138

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde (cf. Tabela 13), registou-se que os participantes do género masculino revelaram maior satisfação, uma vez que a média obtida ($M=3,41$) é superior à registada para os participantes do género feminino ($M=3,29$). Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p > 0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada (H_{2b} : O género influencia a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde).

Tabela 13. Satisfação face à organização do serviço de saúde em função do género

Satisfação à organização do serviço de saúde	Masculino		Feminino			
	M	Dp	M	Dp	t	p
	3,41	0,324	3,29	0,319	1,394	0,166

Os dados apurados revelam que os utentes do género feminino revelam mais satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde, uma vez que a média obtida foi mais elevada ($M=3,59$) do que a registada nos utentes do género masculino ($M=3,34$), sendo as diferenças

estatisticamente significativas, dado que $p < 0,05$, aceitando-se a hipótese formulada (H_{3b} : O género influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde) (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde em função do género

	Masculino		Feminino			
	M	Dp	M	Dp	t	p
Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde	3,34	0,319	3,59	0,325	-3,013	0,004*

* $p < 0,05$

Verificou-se que voltaram a ser os utentes do género feminino a obter um valor médio superior ($M=3,64$) aos utentes do género masculino ($M=3,58$), sugerindo que são as mulheres a revelarem mais satisfação em relação ao atendimento geral do serviço de saúde. Contudo, não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p > 0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada (H_{4b} : O género influencia a satisfação dos utentes em relação ao atendimento do serviço de saúde)

Tabela 15. Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função do género

	Masculino		Feminino			
	M	Dp	M	Dp	t	p
Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço	3,58	0,203	3,64	2,33	-1,162	0,249

Habilitações literárias e satisfação

Verificou-se que os utentes com o Ensino Secundário foram os que se revelaram mais satisfeitos em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde, atendendo-se ao facto de terem sido estes a obter uma média mais elevada (3,73), seguindo-se-lhes os utentes com o Ensino Básico, com o valor médio de 3,63. Os utentes com mais habilitações literárias foram os que se mostraram menos satisfeitos, com uma média de 3,56. Não existem diferenças estatisticamente significativas, dado que $p > 0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada (H_{1c} : As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde) (cf. Tabela 16).

Tabela 16. Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Média	F	p		
Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde	Ensino Básico 3,63	Ensino Secundário 3,73	Ensino Superior 3,56	1,370	0,264

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde (cf. Tabela 17), registou-se que os participantes com o Ensino Secundário revelaram maior satisfação, uma vez que a média obtida ($M=3,48$) é superior à registada nos restantes participantes, estando-lhes muito próximos, em termos de valor médio, os que possuem o Ensino Básico ($M=3,43$). Os utentes com o Ensino Superior são os que, neste contexto, revelaram menor satisfação, com uma média de 3,27. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p>0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada (H_{2c} : As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde).

Tabela 17. Satisfação face à organização do serviço de saúde em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Média	F	p		
Satisfação face à organização do serviço de saúde	Ensino Básico 3,43	Ensino Secundário 3,48	Ensino Superior 3,27	0,891	0,472

Os dados apurados revelam que os utentes com o Ensino Básico são os que revelam mais satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde, uma vez que a média obtida foi mais elevada ($M=4,12$). Os utentes menos satisfeitos são os que possuem o Ensino Superior ($M=3,37$). Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas, dado que $p>0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada (H_{3c} : As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde) (cf. Tabela 18).

Tabela 18. Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Média	F	p		
Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde	Ensino Básico 4,12	Ensino Secundário 3,76	Ensino Superior 3,37	1,198	0,324

Verificou-se que os utentes com o Ensino Básico obtiveram um valor médio superior ($M=4,40$), seguindo-se os que têm o Ensino Secundário ($M=4,23$), sugerindo que são estes a revelarem mais satisfação em relação ao atendimento dos serviços prestados, enquanto os utentes com o Ensino Superior sentem-se menos satisfeitos a este nível, com uma média de 3,24. Contudo, não se registam diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p>0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada (H_{4c} : As habilitações literárias influenciam a satisfação dos utentes em relação ao atendimento dos serviços prestados).

Tabela 19. Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Média			F	p
Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço	Ensino Básico 4,40	Ensino Secundário 4,23	Ensino Superior 3,90	0,515	0,601

Situação profissional e satisfação

Verificou-se que os utentes com empregados foram os que se revelaram mais satisfeitos em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde, atendendo-se ao facto de terem sido estes a obter uma média mais elevada (4,01), seguindo-se-lhes os utentes reformados, com o valor médio de 3,90. Os utentes desempregados foram os que se mostraram menos satisfeitos, com uma média de 3,73. Não existem diferenças estatisticamente significativas, dado que $p > 0,05$, rejeitando-se a hipótese formulada (H_{1d} : A situação profissional influencia a satisfação dos utentes em relação à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde) (cf. Tabela 20).

Tabela 20. Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde em função da situação profissional

Situação profissional	Média			F	p
Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde	Empregado 4,01	Desempregado 3,73	Reformado 3,90	1,045	0,382

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde (cf. Tabela 21), registou-se que os utentes reformados revelaram maior satisfação, com a média de 4,23. Os utentes desempregados são os que se encontram menos satisfeitos, com o valor médio de 3,23. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p < 0,05$, resultando na aceitação da hipótese formulada (H_{2d} : A situação profissional influencia a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde).

Tabela 21. Satisfação face à organização do serviço de saúde em função da situação profissional

Situação profissional	Média			F	p
Satisfação face à organização do serviço de saúde	Empregado 3,71	Desempregado 3,23	Reformado 4,23	1,442	0,047*

* $p < 0,05$

Os dados apurados revelam que os utentes reformados são os que revelam mais satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde, uma vez que a média obtida foi mais elevada ($M=4,13$). Os utentes menos satisfeitos são os desempregados ($M=3,72$). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p < 0,05$, resultando na aceitação da

hipótese formulada (H_{3d} : A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde) (cf. Tabela 22).

Tabela 22. Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde em função da situação profissional

Situação profissional	Média			F	p
Satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde	Empregado	Desempregado	Reformado		
	3,42	3,72	4,13	2,653	0,032*

* $p < 0,05$

Verificou-se que os utentes reformados obtiveram um valor médio superior ($M=4,86$), seguindo-se os desempregados ($M=4,14$), sugerindo que são estes a revelarem mais satisfação em relação ao atendimento dos serviços prestados, enquanto os utentes empregados sentem-se menos satisfeitos a este nível, com uma média de 3,86. Contudo, não se registram diferenças estatisticamente significativas, pois obteve-se um valor de $p > 0,05$, resultando na rejeição da hipótese formulada (H_{4d} : A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes em relação ao atendimento dos serviços prestados) (cf. Tabela 23).

Tabela 23. Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço em função da situação profissional

Situação profissional	Média			F	p
Satisfação face ao atendimento prestado pelo serviço	Empregado	Desempregado	Reformado		
	3,86	4,14	4,86	2,478	0,073

3.1.5 Fatores mais valorados pelos utentes quando recorrem aos CSP

Verificou-se que 43% dos sujeitos da amostra recorrem aos Cuidados de Saúde Primários porque têm interesse pelo seu problema de saúde, 17% para aconselhamento sobre o tratamento, 14% por relacionamento com o médico, 12% por facilidade de contacto com o médico, 10% para explicação dos exames prescritos, 9% por informação sobre os sintomas da doença, sendo ainda representativo os 6% que procuram os Cuidados de Saúde Primários por disponibilidade de tempo na consulta. Dos participantes que referiram outro motivo, 1% fá-lo por vigilância e 1% para medicação - receita médica (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Motivo pelo qual recorrem aos Cuidados Primários de Saúde

Motivo pelo qual recorrem aos Cuidados Primários de Saúde	n	%
Interesse pelo seu problema de saúde	43	29%
Disponibilidade de tempo na consulta	8	6%
Relacionamento com o médico	21	14%
Explicação dos exames prescritos	14	10%
Informação sobre os sintomas da doença	13	9%
Aconselhamento sobre o tratamento	25	17%
Facilidade de contacto com o médico	18	12%
Outro motivo:		
Vigilância	1	1%
Medicação - receita médica	1	1%
Nunca fui aos cuidados primários de saúde	2	2%
Total	98	100%

3.1.6 Opinião dos utentes face às taxas moderadoras

Os resultados demonstram que a maioria dos inquiridos (73%) não está isenta de taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários (cf. Tabela 25).

Tabela 25. Isenção da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários

Isenção da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários	n	%
Sim	26	27%
Não	72	73%
Total	98	100%

Dos 26 sujeitos da amostra que responderam que estão isentos da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários, a maioria (38%) refere como motivo o facto de estar desempregada. Com igual valor percentual, registaram-se os participantes que apontaram como motivo ser bombeiro e ser dador de sangue (13%, respetivamente). Verificou-se que 8% aludiram sofrer de insuficiência crónica. Os restantes motivos, com idêntico valor percentual (4%, cada) apontaram como motivo para a isenção da taxa moderadora ser: dependente dos pais, doente neurológico, emigrante, reformado e órfão de pai (cf. Tabela 26).

Tabela 26. Motivo da isenção da taxa moderadora

Motivo da isenção da taxa moderadora	n	%
Bombeiro	3	13%
Dependente dos pais	1	4%
Desempregado	9	38%
Doador de sangue	3	13%
Doente neurológico	1	4%
Emigrante	1	4%
Insuficiência crónica	2	8%
Reformado	1	4%
Sem pai	1	4%
Não responde	2	8%
Total	26	100%

Constatou-se que mais de metade da amostra (62%) afirmou que há compatibilidade dos custos com a taxa moderadora e o orçamento familiar, enquanto 38% respondeu que não há compatibilidade (cf. Tabela 27).

Tabela 27. Compatibilidade dos custos envolvidos com o orçamento familiar

Compatibilidade dos custos envolvidos com o orçamento familiar	n	%
Sim	60	62%
Não	37	38%
Total	98	100%

Verificou-se que 34% dos participantes consideram que o pagamento que é exigível como taxa moderadora é exagerado, 32% que é razoável, 24% consideram-no muito exagerado e 10% reduzido (cf. Tabela 28).

Tabela 28. Classificação do pagamento que é exigível como taxa moderadora

Classificação do pagamento que é exigível como taxa moderadora	n	%
Reduzido	10	10%
Razoável	31	32%
Exagerado	33	34%
Muito exagerado	23	24%
Total	98	100%

3.2. Discussão dos Resultados

Várias foram as etapas percorridas durante a realização desta investigação, como tal, a mesma não se pode dissociar de cada uma delas. A discussão dos resultados dedica-se a uma interpretação das descobertas. Ou seja, procura-se, neste ponto, analisar o conjunto dos resultados e interpretá-los segundo o tipo de estudo e o quadro de referência teórica utilizado. A este propósito Gil (1999) refere que, quaisquer que sejam o tipo de estudo e o nível de investigação, deve-se proceder à avaliação do processo completo, tendo os resultados que demonstrar uma clara ligação aos objetivos delineados. Por outro lado, os resultados obtidos devem igualmente ser confrontados com os resultados de outros trabalhos de investigação. O mesmo autor acrescenta que a discussão dos resultados deverá incidir apenas sobre os resultados mais significativos. Tendo em conta estas recomendações iremos em seguida proceder a discussão dos resultados.

Na **caracterização sócio económica** dos inquiridos constatou-se um ligeiro predomínio do género feminino com formação de nível superior. Prevaleram os sujeitos da amostra com o Ensino Superior. A maioria dos inquiridos é casada e a idade média é de 46 anos. Estes resultados corroboram os de Lourenço (2009), cuja amostra era igualmente constituída, na sua maioria, por participantes do género feminino, e os do estudo levado a cabo pela Secretaria Regional dos Açores (2009). Porém a média de idades deste estudo (46 anos) fica ligeiramente abaixo dos 53 anos do estudo de Chaves et al. (2012)

No que se refere às **habilitações literárias**, no estudo de Lourenço (2009), predominavam os sujeitos com o 12.º ano como principal grau de escolaridade obtido, o que não é corroborado na presente investigação onde predominam os inquiridos com curso superior. De igual modo, o estudo realizado pela Secretaria Regional dos Açores (2009) registou uma preponderância de inquiridos com apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguidos pelos que possuem os 2º e 3º Ciclos

do Ensino Básico, bem como o Ensino Secundário. Ou seja, na presente investigação o nível de escolaridade dos utentes é superior ao dos inquiridos nos trabalhos anteriores.

Na presente investigação, verificou-se que quase a totalidade dos sujeitos da amostra tinha médico de família, o que corrobora os resultados apurados pela Secretaria Regional dos Açores (2009).

Os dados apurados da análise inferencial revelaram que apenas as variáveis género e situação profissional interferiram no grau **de satisfação dos inquiridos face à organização geral dos serviços e atendimento** prestado pela USF e UCSPG. Assim, constatou-se que os utentes do género feminino revelam maior satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde, uma vez que a média obtida foi mais elevada ($M=3,59$) do que a registada nos utentes do género masculino ($M=3,34$), resultando em diferenças estatisticamente significativas, aceitando-se consequentemente a hipótese: H_{3b} O género influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde. Esta conclusão não foi comprovada nos estudos de Lourenço (2009) e de Chaves et al. (2012).

No que se refere à **satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde**, constata-se que os utentes reformados revelaram maior satisfação, com uma média de 4,23. Os utentes desempregados são os que se encontram menos satisfeitos, com o valor médio de 3,23. Aqui também se registaram diferenças estatisticamente significativas, conduzindo consequentemente a aceitação da hipótese em estudo: H_{2d} A situação profissional influencia a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde.

Os dados apurados revelam que os utentes reformados são os que revelam maior **satisfação face ao atendimento geral do serviço de saúde**, uma vez que a média obtida foi mais elevada ($M=4,13$). Os utentes menos satisfeitos são os desempregados ($M=3,72$) Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, resultando na aceitação da hipótese em análise H_{3d} A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde. Esta conclusão não surpreende mas torna-se ainda mais importante no atual contexto de recessão económica, com o elevado número de desempregados do país.

No que concerne aos **motivos que levam os sujeitos da amostra a deslocar-se aos Cuidados de Saúde Primários**, verificou-se que os motivos mais referidos foram: ir a consultas, urgências, e tratamentos. Com menor representatividade, houve indicação de pedidos de exames médicos, de receitas e de atestados médicos. Estes dados estão em consonância com os apurados por Ribeiro (2003), o qual verificou que o motivo pelo qual os utentes mais recorrem aos Cuidados de Saúde Primários tem a ver com as consultas, tratamentos e o facto de se encontrarem doentes. Ribeiro (2003) concluiu igualmente que uma minoria de inquiridos recorre aos CSP por motivos de medicação e baixas médicas. Estas evidências também corroboram as de Lourenço (2009) e as encontradas pela Secretaria Regional dos Açores (2009).

Os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos sujeitos da amostra revelou um grau de satisfação positivo ($M > 3,5$) face à **organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde**, o que está em consonância com as conclusões da Secretaria Regional dos Açores (2009), cujos indicadores gerais sobre a satisfação com a organização dos Cuidados de Saúde Primários foi positiva, dominando as apreciações positivas. De igual modo, Lourenço (2009) concluiu que a satisfação sobre a organização geral do Centro de Saúde se dividiu maioritariamente pela classificação de “razoável” e “boa”, tal como encontrado na presente investigação.

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde, registou-se um predomínio de opiniões favoráveis acerca da **localização da instituição de Saúde**, o que corrobora os resultados encontrados pela Secretaria Regional dos Açores (2009) e por Pimentel (2010).

Quanto à satisfação em relação à **acessibilidade/transportes**, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra a considera “boa”, seguindo-se os que a consideram “muito boa” e “razoável”, indo ao encontro dos dados alcançados pela Secretaria Regional dos Açores (2009), uma vez que a acessibilidade/transportes estava entre os vários itens avaliados pela positiva. No estudo de Lourenço (2009) também predominou a avaliação razoável e boa da satisfação em relação à acessibilidade/transportes. Pimentel (2010) obteve como um dos aspetos com maior classificação a acessibilidade/transportes.

Apurou-se também que, na globalidade, os sujeitos da amostra revelaram-se satisfeitos com a **qualidade das instalações da instituição de Saúde**. Pimentel (2010), no seu estudo, verificou que esta dimensão foi uma das que obteve menor classificação, embora positiva, ou seja, sobressaindo a classificação de “razoável”, o que não aconteceu na presente investigação.

Relativamente à **satisfação dos sujeitos da amostra em relação ao espaço de atendimento/espera**, temos uma avaliação positiva, ou seja, a maioria dos participantes revelaram uma “boa” satisfação, embora tenha sido significativo o número de participantes que a classificou de “razoável”. Estes resultados diferem dos apurados por Pimentel (2010), segundo os quais este (espaço de atendimento/espera) terá sido um dos itens mais mal classificado.

A maioria dos inquiridos avaliou de forma positiva a questão da **limpeza e higiene das instalações**, o que corrobora os resultados encontrados pela Secretaria Regional dos Açores (2009) e Lourenço (2009). Contrariamente, Ferreira (2000) verificou que a avaliação atribuída pelos utentes ao Centro de Saúde em relação à limpeza e higiene das instalações foi fraca.

Quanto ao **equipamento, diagnóstico/terapêutica**, prevalecem igualmente avaliações positivas. Este é um resultado que está em conformidade com o estudo de Chaves et al. (2012), onde os utentes dos Cuidados de Saúde Primários revelaram satisfação face aos indicadores

relativos ao diagnóstico/terapêutica. Contudo em Pimentel (2010) constatou que este é um fator a melhorar.

Os dados apurados revelaram que a maioria dos sujeitos da amostra avaliou a sua satisfação como “boa” face ao **horário de atendimento do serviço de saúde** (53%), ainda que fosse significativo o valor percentual encontrado para a classificação de “razoável” (27%) a avaliação global é positiva. Uma situação análoga é registada face ao **processo de atendimento**, ao **tempo de obtenção de consultas**, neste caso, contudo houve participantes a avaliarem a sua satisfação como “fraca” e “muito fraca” (29%), ao **tempo de espera para ser consultado** onde houve participantes a avaliarem a sua satisfação como “fraca” e “muito fraca” (31%), bem como no que concerne às **informações prestadas**.

Os dados obtidos demonstraram igualmente que a maioria dos sujeitos da amostra classificou como “boa” a sua **satisfação em relação à organização geral dos serviços prestados**, sendo também significativo o valor alcançado para os que se sentem razoavelmente satisfeitos. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Pimentel (2010), tendo-se observado que estes fatores foram, na globalidade, avaliados pela positiva, ainda que a redução do tempo de espera de consulta tenha sido apontado como um fator a melhorar. Lourenço (2009) concluiu que a maioria dos participantes manifestou satisfação face à organização dos serviços, dividindo-se entre o “razoável” e o “bom”, bem como na dimensão do tempo de espera pela consulta. Poder-se-á dizer, com base nos resultados obtidos, que a satisfação sobre a organização dos serviços é, na generalidade, positiva.

Quanto aos **fatores que fazem os utentes voltar aos CSP**, verificou-se que muitos se dirigem aos serviços por sentirem que aí os profissionais têm interesse pelo seu problema de saúde. É igualmente referido o aconselhamento sobre o tratamento, o relacionamento e a facilidade de contacto com o médico, explicação dos exames prescritos, informação sobre os sintomas da doença, sendo ainda representativo os inquiridos que procuram os CSP por disponibilidade de tempo na consulta, sendo menos apontado a prescrição de medicamentos e os pedidos de baixas médicas. Estas evidências corroboram as alcançadas por Ribeiro (2003), que também concluiu que apenas uma minoria de utentes se desloca aos CSP por motivos de medicação e baixas médicas. Chaves et al. (2012) também verificaram que um dos motivos que levam os utentes a recorrer aos Cuidados de Saúde Primários prende-se com o interesse manifestado nos seus problemas de saúde. A Secretaria Regional dos Açores (2009) também registou o interesse pelos problemas de saúde e os tratamentos, como sendo os principais fatores que levam os utentes em recorrerem aos Cuidados de Saúde Primários,

Finalmente, e quanto à questão financeira, os resultados da presente investigação demonstraram que mais de metade dos inquiridos não está isenta de taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários, destacando-se, em termos de isenção, os inquiridos desempregados, bombeiros, ser dador de sangue, sofrer de insuficiência crónica, ser

Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda

dependente dos pais e doente neurológico. Estes resultados estão em conformidade com a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, segundo a qual se encontram isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. Quanto ao peso destes encargos no orçamento familiar, a maioria dos inquiridos considera que são compatíveis com o seu orçamento familiar.

Conclusões, limitações e pistas de investigação futura

Sendo o principal objetivo da presente investigação verificar os motivos que levam os cidadãos da cidade da Guarda a recorrer aos serviços de saúde e qual o seu grau de satisfação, nomeadamente face à USF e UCSP, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a temática em análise e a um estudo empírico para validar algumas das conclusões e dar resposta às questões de investigação colocadas.

Do enquadramento teórico, reteve-se que para que os utentes se sentam satisfeitos em relação a uma instituição de saúde, é fundamental que a mesma preste cuidados com qualidade, disponha de um atendimento e de organização geral dos serviços também de qualidade. Um utente está satisfeito quando os cuidados vão ao encontro das suas necessidades (Ribeiro, 2003; Oliveira, 2009 e Chaves et al., 2010).

No estudo empírico desenvolvido constatou-se que os inquiridos são maioritariamente mulheres, casadas com formação de nível médio/superior e com cerca de 46 anos de idade.

Para sistematizar a informação recolhida, iremos analisar os resultados obtidos para cada uma das 4 questões de investigação colocadas:

Q1 - Quais os motivos que levam os cidadãos da cidade da Guarda a recorrerem aos serviços de saúde?

No que concerne aos motivos que levaram os utentes a deslocarem-se aos Cuidados de Saúde Primários, verificou-se que os motivos mais prevaletentes foram: ir a consultas, urgência, e tratamentos. Com menor frequência, surgem os pedidos de exames médicos, de receitas e os atestados médicos.

Q2 - Qual o seu grau de satisfação, nomeadamente face aos cuidados de saúde prestados nas USF e UCSP.

No global, poder-se-á dizer que os utentes, participantes na presente investigação, se revelam satisfeitos em relação à organização geral dos serviços e atendimento prestado pela USF e UCSPG. Assim, os dados apurados revelaram que a maioria dos inquiridos está satisfeita com o horário de atendimento do serviço de saúde, com o ao processo de atendimento e com as informações prestadas. Contudo um número significativos de utentes já se mostra insatisfeito com o tempo de obtenção de consultas ou o tempo de espera para ser consultado.

Q3 - As variáveis género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional interferem na satisfação dos utentes?

No que se refere à análise inferencial, constatou-se que apenas as variáveis género e situação profissional interferiram na satisfação dos participantes face à organização geral dos serviços e atendimento prestado pela USF e UCSP, o que resultou na aceitação da H_{3b} (O género influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde), H_{2d} (A situação profissional influencia a satisfação dos utentes em relação à organização do serviço de saúde) e H_{3d} (A atividade profissional influencia a satisfação dos utentes face ao atendimento geral do serviço de saúde).

Não temos conhecimento de nenhum estudo no qual estas hipóteses de investigação tenham sido colocadas pelo que nos atrevemos a considerar que representam um contributo científico desta dissertação.

Q4 - Qual é a situação/opinião dos utentes face às taxas moderadoras?

Concluiu-se também que prevaleceram os participantes que não estão isentos de taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários, destacando-se, em termos de isenção, os inquiridos desempregados, bombeiros, ser dador de sangue, sofrer de insuficiência crónica, ser dependente dos pais e doente neurológico. Verificou-se igualmente que mais de metade da amostra afirmou que há compatibilidade dos custos com a taxa moderadora e o orçamento familiar.

Não temos conhecimento de nenhum estudo no qual tenha sido estudada a questão das taxas moderadoras pelo que nos atrevemos a considerar que o estudo desta questão representam mais um contributo desta dissertação.

Face a estes resultados, poder-se-á dizer que a otimização dos serviços de saúde exige mudanças na forma de pensar e de agir que conduzam à transformação de comportamentos, hábitos e de práticas estabelecidas. Todavia, as mudanças requerem tempo e persistência e uma adequada combinação, ao longo do tempo, de participação, de segurança e de flexibilidade, de atuação sobre fatores estruturais, organizacionais e comportamentais. Estes fatores são transversais a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares), à qualidade dos equipamentos e ao seu desempenho. Na investigação realizada evidencia-se a necessidade de melhorar sobretudo as questões relacionadas com a celeridade no atendimento dos utentes e na obtenção de consultas.

Como em todos os trabalhos de investigação, no presente estudo reconheceu-se um **conjunto de limitações** que devem ser tidas em consideração. Em primeiro lugar, destaca-se o facto de, inicialmente, não ter sido este o estudo empírico escolhido. Contrariamente às expectativas inicialmente criadas, não se conseguiu obter a autorização para realizar um estudo de caso numa USF. Este fato obrigou a uma redefinição do trabalho, com a alteração da temática e da metodologia, o que veio condicionar a investigação dado o escasso tempo disponível para a realização da dissertação. Outra limitação teve a ver com as restrições financeiras que obrigaram a fazer um estudo com condicionantes, resultando na opção pelo tipo de amostragem não-probabilística, bola-de-neve, ou seja, este tipo de amostragem não necessitou de pedidos de autorização às instituições de saúde, o que seria um processo mais moroso para a recolha de dados.

Porém, o fato de não terem sido encontrado muitos estudos que abarcassem as variáveis estudadas, não existindo nenhuma investigação sobre a satisfação dos utentes face às taxas moderadoras, consistiu um ponto forte da presente investigação, uma vez que, apesar de não ter sido possível a extrapolação dos resultados esta investigação assumiu um carácter propedêutico para outros estudos, abrindo portas para o futuro, no campo da investigação, sobretudo, ao nível das taxas moderadoras. Pensa-se que este estudo pode contribuir para uma reflexão e conseqüente aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, tanto ao nível da prestação de serviços como ao nível da gestão. De facto, se tivermos presente que a saúde é, do ponto de vista do utente, o bem mais precioso, então todos terão que reconhecer que todo o alerta é, em si mesmo, útil

Em suma, apesar de tudo o que foi realizado neste trabalho de investigação, tem-se a noção de que muito ficou por fazer e face aos constrangimentos mencionados, sugere-se para o futuro o desenvolvimento deste estudo com uma amostra maior, tendo-se acesso a dados internos ao nível dos utentes inscritos em cada instituição de saúde de Cuidados de Saúde Primários.

Espera-se que esta investigação forneça pistas atualizadas de reflexão, propiciadoras de uma maior compreensão ou, melhor dizendo, de uma compreensão diferente da problemática em estudo. O enunciado destas 'conclusões' assume, pois, uma natureza hipotética e propedêutica a posteriores desenvolvimentos que o tempo e as circunstâncias se encarregarão de elucidar.

Como o produto de todo o processo científico decorre num ambiente de colaboração *inter pares* e porque o resultado de qualquer investigação deve estar aberto à comunidade, este trabalho será devolvido a todos, em particular aos sujeitos que nele estiveram envolvidos.

Bibliografia

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação científica em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

Alves, C. (2003). *Satisfação do Consumidor*. Lisboa: Escolar Editora.

Alves, M.J.P. (2007). *O serviço de atendimento permanente: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.[Em linha]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7148/2/Tese%201%C2%AA%20Parte.pdf>>.

Ander-Egg, E. (2000). *Metodologia y práctica de la animacion sociocultural*. Madrid: Editorial CCS.

Biscaia, A.R.; Martins, J.N.; Carreira, M.F.L.; Gonçalves, I.F.; Antunes, A.R. & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Campos, A.C. de (2008). *Reformas da Saúde - O fio condutor*. Coimbra: Almedina.

Carr-Hil, R.A. (1992). The measyrement of patient satisfaction. *Public Health Med*, 14: 236-249. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1419201>>. [consultado em 10/02/2014].

Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R.; Mateus, T. (2012). Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela. *Millenium*, 43: 47-77.

Costa, C., Santana, R. & Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: Conceptualização e Aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (Março 2008), 67-102.

Cuidados de saúde primários na cidade da Guarda

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro - Diário da República, 1.ª série – N.º 229 – 29 de Novembro de 2011.

Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho - Diário da República, 1.ª série – N.º 119 – 21 de junho de 2012.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro - Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de fevereiro de 2008.

Decreto-Lei nº156/99, de 10 de maio. [On line] Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/DL%20157%20-%2099.pdf>.

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

Ferreira, P.L.; Raposo, V. & Godinho, P. (2003). Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados. Presidência do Conselho de Ministros, Instituto do Consumidor. Coimbra.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Freitas, A. P. C. (2009). *Enfermagem com Famílias: Perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, B. P. & Costa M. A. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir*, 56 (1).

Gomes, B.P. & Costa M.A. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir*, 56: 1.

Hill, M.M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2004). *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Diário da República, 1.ª série – N.º 195 - 24 de agosto.

Lei n.º 51/2013, de 24 de julho - Diário da República, 1.ª série – N.º 51 – 24 de julho.

Lei n.º 56/79, de 15 setembro - Diário da República, 1.ª série – N.º 210 – 15 de setembro.

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro - Diário da República, 1.ª série – N.º 252 – 31 de dezembro de 2012.

Lourenço, B.M.M. (2009). *A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários*. Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Marques, F. V. S. (1994). *Recursos Humanos*. Lisboa: Texto Editor.

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos*. Brasil: s.e..

Miranda, C. (2003). *Qualidade do serviço e satisfação do cliente*. [Em linha]. Disponível em <www.sp-ps.com/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=157&mid>. [consultado em 10/02/2014].

Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval program plan*, 6:185-210. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10299618>>. [consultado em 10/02/2014].

Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Associação

Pereira, MGG.; Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2): 69-80.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

Pimentel, H.J.M.F. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos Centros De Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Ciências Económicas e Empresariais. Universidade dos Açores. [On Line]. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1209/1/DissertMestradoHeliodoroJacintoFortesPimentel2011.pdf>.

Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (A. Thorell, Trad.). São Paulo: Artmed Editora.

Portal da Saúde (s.d.) *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. On Line]. Disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saud e/estatuto+do+sns/estatuto+sns.htm>.

Portarias n.º 272 a 276/2009, de 18 de março - Diário da República, 1.ª série – N.º 54 – 18 de Março de 2009.

Quivy, R & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações Lda.

Ribeiro, A (2005). Satisfação dos utentes com os cuidados enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12: 53.

Ribeiro, A.L.A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida*. Porto. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de provas públicas para professor coordenador na área científica de ciências de Enfermagem. [On Line]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

Sakellarides, C. (2002). De Alma a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 101-108.

Santana, R. & Costa C. (2008). *Integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais*. [On line]. Disponível em: [em http://www.cdi.ensp.unl.pt](http://www.cdi.ensp.unl.pt).

Santana, R. (2011). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. [Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na Especialidade de Administração em Saúde pela Universidade Nova de Lisboa].

Secretaria Regional dos Açores (2009). *Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*. [On line]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/FA9A9A9E-7E71-407E-relatorioCS.PDF>.

Sepúlveda, M.R. (2001). A Satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida, Medicina Apoiada, S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, 2: 41-65.

Shi, L.; Macinko, J. & Starfield, B. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502.

Silva, C. A. et al. (2007). *Estudo da satisfação dos utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora*, EPE: Relatório Final. [On line]. Disponível em: http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf.

Silva, N. S. (2005). *Avaliação da Qualidade dos cuidados Hospitalares: Perspectiva dos Utentes*. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada ao Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa de Lisboa.

Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Vital, E., & Teixeira, J. (2012). Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 7: 9-17.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept?. *Social Science Medicine*, 38: 509-516 [Em linha]. Disponível em <http://econpapers.repec.org/article/eesocmed/v_3a38_3ay_3a1994_3ai_3a4_3ap_3a509-516.htm>. [consultado em 10/02/2014].

Zonsius, M. K. & Murphy, M. (2009). Use of Total Quality Management Sparks Staff Nurse Participation in Continuous Quality Improvement. *Nursing Clinics of North America*, 42: 12-19.

Anexos

Anexo I

Quadros síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão sistemática

Autores	Ano	País	Título
Ribeiro, A.L.A.	2003	Portugal	<i>Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida</i>
Lourenço, B.M.M.	2009	Portugal	<i>A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários</i>
Pimentel, H.J.M.F.	2010	Portugal	<i>Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores</i>
Oliveira, I.P.A.	2011	Portugal	<i>Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária</i>
Pereira, R.J.S.B.S.	2012	Portugal	<i>A Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. O caso de uma USF</i>
Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R. et al.	2012	Portugal	<i>Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela</i>

Quadro 2 - Objetivos dos estudos

Estudo	Objetivos
Ribeiro, A.L.A. (2003) <i>Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida</i>	Identificar a satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem, no Centro de Saúde de Ovar.
Lourenço, B.M.M. (2009) <i>A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários</i>	Avaliar a satisfação dos utentes utilizadores dos Centros de Saúde (Soares dos Reis e Oliveira do Douro, Arcozelo e Boa Nova e Barão do Corvo - Vila Nova de Gaia) - com o seu Médico de Família e a satisfação com o seu Centro de Saúde, designadamente no que respeita às dimensões dos cuidados que lhe são prestados, (área dos cuidados médicos, informação e apoio, atitudes relacionais e comportamentais, organização dos serviços, continuidade e cooperação), e às áreas específicas da satisfação: (consulta, marcação e acessibilidade, relativa aos profissionais, condições do Centro de Saúde e serviços prestados; avaliar se existe uma relação entre a idade dos participantes e o grau de satisfação com o seu médico de família e o seu Centro de Saúde, avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre utentes dos dois sexos quanto à satisfação dos utentes com o seu Médico de Família e o seu Centro de Saúde; avaliar se existem diferenças significativas entre utentes com distintos estados civis quanto à satisfação com o Médico de Família e o Centro de Saúde.
Pimentel, H.J.M.F. (2010) <i>Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores</i>	Avaliar a satisfação dos utentes relativamente aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores. Esta avaliação será feita através da aferição do nível de satisfação global e da sua discriminação em relação a diferentes aspetos de funcionamento, nomeadamente ao nível da Organização Geral dos Serviços, o Atendimento, os Serviços Médicos e os Serviços de Enfermagem. Será

	também determinado, em relação a cada uma destas dimensões, a satisfação com aspetos específicos de desempenho e identificação de áreas de intervenção prioritárias em termos de melhoria na perspetiva dos utentes.
Oliveira, I.P.A. (2011) <i>Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária</i>	Relacionar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos com a qualidade de vida comunitária; avaliar a satisfação individual com os cuidados de saúde; analisar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos; 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; relacionar a satisfação individual com os cuidados de saúde públicos e a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos; 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; avaliar a perceção de qualidade de vida comunitária; relacionar a satisfação comunitária com os cuidados de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária; Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária; 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; comparar a importância do estado de saúde individual com a satisfação pessoal com o estado de saúde; analisar a relação entre qualidade de vida comunitária e satisfação pessoal com o estado de saúde; relacionar a qualidade de vida comunitária com a idade; relacionar a qualidade de vida comunitária e a remuneração mensal.
Pereira, R.J.S.B.S. (2012) <i>A Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. O caso de uma USF</i>	Identificar o grau de satisfação dos utentes da USF em estudo face aos cuidados de enfermagem.
Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R. et al. (2012). <i>Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela</i>	Identificar o grau de satisfação dos utentes, utilizando os indicadores EUROPEP e os das áreas específicas; determinar em que medida as variáveis do estado de saúde influenciam a satisfação dos utentes; descrever o nível de satisfação dos utentes em relação às dimensões de enfermagem, médicas, administrativas e funcionamento geral da Unidade de Saúde; determinar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação; compreender de que modo os fatores sociodemográficos interferem na satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde; compreender a influência das variáveis do estado de saúde sobre a satisfação e promover a melhoria dos cuidados de saúde aos utentes da Unidade de Saúde de Tondela.

Quadro 3 - Inquiridos/amostra dos estudos

Estudo	Participantes/amostra
Ribeiro, A.L.A. (2003) <i>Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida</i>	91 utentes do Centro de Saúde de Ovar que recorreram aos Cuidados de Enfermagem e que tenham mais de 18 anos de idade. A maioria pertence ao género feminino, 60,4% (n=55); apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. Em média apresentam aproximadamente 38 anos de idade (média=38,4), e o

	<p>desvio padrão indica que existe um desvio considerável em relação à média (DP=15,95). A mediana sugere que pelo menos 50% da amostra possui idade igual ou inferior a 35 anos (mediana=35), e a idade mais frequente é de 24 anos (moda=24). Em relação ao estado civil, (Gráfico 2), a percentagem mais saliente de elementos encontra-se solteira, 47,3% (n=43). No que concerne à situação profissional, a maioria dos elementos participantes estão empregados (61,5%; n=56). A percentagem mais expressiva de elementos apresenta como habilitações académicas entre o 10º e o 12º ano (29,7%; n=27), seguindo-se os inquiridos com o ensino primário (22%; n=20).</p>
<p>Lourenço, B.M.M. (2009) <i>A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários</i></p>	<p>Foi avaliada uma amostra de 300 participantes, dos quais 46,3% do sexo masculino e 53,7% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 85 anos (M=49,50; DP= 14,01), que apresentam o 12.º ano como principal grau de escolaridade obtido (n=108; 36%) sendo o estado civil casado o da maioria (n=126; 39,4%).</p>
<p>Pimentel, H.J.M.F. (2010) <i>Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores</i></p>	<p>384 utentes dos 16 centros de saúde da Região Autónoma do Açores, distribuídos por género e escalões etários para cada centro de saúde: 52% de inquiridos do sexo feminino e 48% do sexo masculino; preponderância de inquiridos com apenas os estudos primários seguida pelos que possuem habilitações ao nível do preparatório e secundário (32,6%).</p>
<p>Oliveira, I.P.A. (2011) <i>Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária</i></p>	<p>305 utentes do serviço de saúde públicos de Tomar, nomeadamente, os serviços/programas do Hospital de Tomar e/ou Centro de Saúde de Tomar. A maioria é do sexo feminino com 57,4% (n=175); com uma média de idade de 39 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 85 anos de idade; a maioria dos questionados é casada (51,8%); a maioria dos questionados detém o ensino superior (50,2%); 50,2% dos questionados encontram-se a trabalhar por conta de outrem.</p>
<p>Pereira, R.J.S.B.S. (2012) <i>A Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. O caso de uma USF</i></p>	<p>50 indivíduos que recorreram à Unidade de Saúde Familiar para Cuidados de Enfermagem, dos quais a maioria pertence ao género feminino 54.0% (n=27); a maior percentagem de inquiridos (36.0%) se situa entre as idades 41-60 anos (n=18); a maioria tem o ensino secundária (n=17; 34%).</p>
<p>Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R. et al. (2012). <i>Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela</i></p>	<p>1343 utentes, dos quais 829 (61,7%) são do sexo feminino e 514 (38,3%) do sexo masculino; a idade varia entre o valor mínimo de 18 e máximo de 97 anos, com um desvio padrão de 19,498 anos. Em média, os homens são mais velhos (M= 58,18) anos) que as mulheres (M= 50,31 anos). O grupo etário com maior predominância na visita ao centro de saúde, para o sexo feminino é o dos 18 aos 33 anos (25,6%) e para o sexo masculino é o grupo de idade ≥a 73 anos (25,9%). No sexo feminino, o grupo etário que apresenta valores percentuais mais baixos é o ≥73 anos (16,9%) e no masculino é o grupo etário dos 18 aos 33 anos (12,5%).</p>

Quadro 4 - Metodologia de investigação utilizada nos estudos analisados

Estudo	Metodologia
Ribeiro, A.L.A. (2003) <i>Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida</i>	O tipo de estudo é descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa. O instrumento de recolha de dados foi um formulário estruturado.
Lourenço, B.M.M. (2009) <i>A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários</i>	Estudo exploratório e transversal. O questionário utilizado foi baseado no questionário EUROPEP, sendo este um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, padronizado e validado que permite comparações da satisfação com a qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de família e com o Centro de Saúde em que se encontra inscrito como utente. O questionário foi desenvolvido por Pedro Lopes Ferreira, em 2000, no Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, com o objetivo de avaliar a Satisfação dos utentes dos centros de Saúde de Portugal Continental.
Pimentel, H.J.M.F. (2010) <i>Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores</i>	Estudo exploratório, descritivo e transversal. Utilizou-se um questionário, centrado nos aspetos essenciais em análise e com a preocupação de ser um questionário de aplicação regular aos utentes dos centros de saúde, de forma a monitorizar o seu funcionamento e recolher informação que permita a implementação de medidas de melhoria. O questionário reflete os aspetos sociodemográficos, incluindo também o motivo de deslocação ao centro de saúde, o médico de família e informação sobre o grau de satisfação com a qualidade dos serviços de acordo com os objetivos enunciados, permitindo assim fazer o cruzamento do grau de satisfação com estas variáveis. Os dados foram recolhidos pela Direção Regional de Saúde dos Açores, no âmbito de um estudo elaborado pela Universidade dos Açores. No processo de inquérito aos utentes consideraram-se diversas alternativas: inquérito no centro de saúde aos utentes que aí se deslocarem num determinado período de tempo, o inquérito telefónico aos utentes registados no centro de saúde ou a uma amostra destes ou ainda um questionário autoadministrado enviado por via postal.
Oliveira, I.P.A. (2011) <i>Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária</i>	Estudo não experimental, de carácter descritivo, analítico, correlacional e transversal, realizado à luz da abordagem quantitativa. Recorreu. Se ao inquérito por questionário.
Pereira, R.J.S.B.S. (2012) <i>A Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. O caso de uma USF</i>	Estudo de abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal. Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se o questionário, aplicado a utentes da Unidade de Saúde Familiar de S. Bento - Gondomar.
Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R. et al. (2012). <i>Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela</i>	Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. O método de colheita de dados foi baseado num questionário. Fez-se a colheita de dados com base no EUROPEP.

Quadro 5 - Principais resultados obtidos

Estudo	Resultados
<p>Ribeiro, A.L.A. (2003) <i>Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida</i></p>	<p>Analisando o género dos inquiridos e relacionando-o com a frequência de ida ao Centro de Saúde, são as mulheres que utilizam com mais frequência este serviço de saúde; o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados não se relaciona diretamente com o género dos indivíduos, logo, os enfermeiros no processo de cuidar não discriminam os utentes em função do género; ao nível da idade dos inquiridos observa-se uma relação com a satisfação do Centro de Saúde, bem como a satisfação geral com os cuidados prestados neste. As habilitações académicas, o motivo e a frequência com que os inquiridos recorrem ao centro de saúde, não apresentam qualquer relação com o nível de satisfação dos serviços e cuidados prestados. Já o tempo de espera dos indivíduos apresenta relação, visto que são os indivíduos que esperam menos tempo que apresentam grau de satisfação maior face aos cuidados prestados. A satisfação com o centro de saúde em geral, apenas apresenta associação, embora moderada, com a satisfação pelo enfermeiro se ter apresentado, e a satisfação geral com os cuidados de enfermagem é mais elevada por parte dos inquiridos que sabem o nome do enfermeiro e que ficaram mais agradados pela apresentação do mesmo. A grande maioria dos participantes considera que o enfermeiro que lhes prestou cuidados respeitou a sua privacidade/intimidade (93,4%), deixando esta situação, a maioria dos inquiridos satisfeitos (95,6%). Também são estes inquiridos que tendem a considerar que os cuidados prestados no Centro de Saúde são suficientes e estão mais satisfeitos com o Centro de Saúde em geral. Em relação à explicação dos procedimentos durante a prestação de cuidados constata-se que na maioria dos casos o enfermeiro explicou os procedimentos (73,6%). O motivo pelo qual os utentes mais recorrem aos Cuidados de Saúde Primários tem a ver com as consultas de vigilância (consulta de hipertensão, de diabetes, de saúde materna e de saúde infantil); a vacinação, tratamentos e o facto de se encontrarem doentes. Concluiu igualmente que a minoria dos sujeitos da sua amostra recorre aos Cuidados de Saúde Primários por motivos de medicação e baixas médicas.</p>
<p>Lourenço, B.M.M. (2009) <i>A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários</i></p>	<p>A qualidade da satisfação dos utentes é determinada pelo vínculo relacional entre os profissionais de saúde (com particular destaque para o médico de família) e o utente. Quanto mais institucional e burocrático for o Centro de Saúde, mais afastada e desinvestida é a relação com o utente, daqui resultando menor satisfação dos diferentes intervenientes (utentes e profissionais). Outra conclusão a que chegou tem a ver com o facto de a maioria dos participantes ter manifestado satisfação com a organização dos serviços que se divide entre o razoável e o bom, bem como na dimensão do tempo que esperou na sala de espera pela consulta. A satisfação sobre a organização dos serviços é, na generalidade, positiva. A maioria dos participantes recorre ao aos Cuidados de Saúde Primários por estar doente há vários dias, tendo marcado a consulta dirigindo-se diretamente ao Centro de Saúde, admitindo que não foram avisados acerca da</p>

	<p>possibilidade, caso necessário, de alterar a data e/ou hora da consulta. Dividiram entre o razoável e o bom a satisfação em relação à acessibilidade/transportes. Os enfermeiros foram os que surgiram com melhor avaliação, classificados como muito bom. No que se refere ao pessoal Administrativo, a avaliação foi considerada como razoável por alguns dos participantes. O autor verificou que a satisfação sobre a organização geral do Centro de Saúde se dividiu maioritariamente pela classificação de razoável e boa. O horário de atendimento foi, na maioria, classificado como bom. A higiene e a limpeza das instalações, para a maioria dos participantes, foram classificadas como muito boas.</p>
<p>Pimentel, H.J.M.F. (2010) <i>Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores</i></p>	<p>Os utentes expressam opinião positiva no que respeita à satisfação em termos globais, sendo o parecer menos positivo face: aos espaços de atendimento/espera e qualidade das instalações, ao tempo de obtenção de consulta e ao tempo de espera para ser consultado, à facilidade de contacto com o médico e ao apoio domiciliário. Assim, a autora concluiu que os aspetos prioritários a melhorar recaíram na necessidade de disponibilização de mais médicos de família, no melhoramento de equipamentos e de instalações, no acesso a exames de diagnóstico e terapêutica e na redução do tempo de espera de consulta.</p>
<p>Oliveira, I.P.A. (2011) <i>Satisfação com os serviços/programas de saúde públicos e a qualidade de vida comunitária</i></p>	<p>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.</p>
<p>Pereira, R.J.S.B.S. (2012) <i>A Satisfação dos Utes em face aos Cuidados de Enfermagem. O caso de uma USF</i></p>	<p>Os utentes estão de uma forma geral satisfeitos com os cuidados de enfermagem que lhes são prestados na USF. Quanto ao motivo que levou os inquiridos a recorrer à USF, três inquiridos o fizeram por doença, 15 para tratamento de feridas, 11 para vacinação, dois para medicação, sete para consulta de vigilância, quatro por outro motivo, cinco por doença. Vacinação e medicação e três por doença, medicação e consulta de vigilância. A maioria dos inquiridos (76.0%) referiu frequentar raramente a USF; 9 inquiridos responderam que recorriam à USF uma vez por mês, 1 respondeu uma vez por semana e 2 referiram frequentar a unidade mais do que uma vez por semana; 3 inquiridos esperaram até 5 minutos para serem</p>

	<p>consultados, 14 entre 6 a 10 minutos, 11 entre 11 a 20 minutos, 13 entre 21 e 40 minutos e nove responderam que esperaram mais do que 40 minutos; 92.0% dos inquiridos referiu que o enfermeiro lhes tinha explicado o que ia fazer, 96.0% sentiu que podia confiar no enfermeiro e 90.0% refere que o enfermeiro se mostrou preocupado com os problemas e disposto ajudar a resolvê-los.</p>
<p>Chaves, C.; Duarte, J.; Silva, R. et al. (2012). Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela</p>	<p>Os autores concluíram que não existem diferenças significativas entre o sexo e a satisfação dos utentes. Relativamente à idade e à satisfação, verificou-se que existem diferenças significativas entre os indicadores, Continuidade e Cooperação, Atitudes após Experiência e Dimensão Interpessoal e Instrumental; a Pertinência revela diferenças altamente significativas. Quanto ao nível de literacia, existem diferenças bastante significativas no indicador Relação de Ajuda e diferenças altamente significativas nos indicadores Profissionais e Pertinência. Em relação ao estado geral de saúde e satisfação, constataram que não existem diferenças significativas.</p>

Anexo II

Questionário aplicado



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

(Não preencher este
quadrado)

Nº Quest. -

--	--	--	--

Este questionário destina-se a colher dados sobre os motivos que levam os cidadãos da cidade da Guarda a recorrer aos serviços de saúde, no âmbito do mestrado em Gestão de Unidades de Saúde que se está a desenvolver sob orientação da Professora Doutora Maria Ceu Alves. Para tal, solicita-se a sua participação, bastando, para isso, responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade em estudo.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que não se deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Sara Venâncio

I PARTE

1 – Idade: _____ anos

2 – Género:

- a) Feminino
- b) Masculino

3 – Habilitações literárias:

- a) 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)
 - b) 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
 - c) 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
 - d) Ensino Secundário (12º ano)
 - e) Ensino Superior
 - f) Outro
- Qual? _____

3 - Atividade profissional: _____

4 – Estado civil:

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) União de facto
- d) Divorciado(a)
- e) Viúvo(a)

4 – Tem médico de família?

- a) Sim
- b) Não

5 – Motivo que normalmente o leva a deslocar-se aos cuidados de saúde primários:

- a) Urgência
 - b) Consulta
 - c) Tratamento
 - d) Outra
- Qual? _____

II PARTE

1. Classifique a sua satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde:

Muito fraca Fraca Razoável Boa Muito boa

2. Avalie a satisfação com os seguintes aspetos da organização do serviço de saúde a que recorre:

		Muito fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito boa
1	Localização do Centro de saúde					
2	Acessibilidades \ Transportes					
3	Qualidade Instalações					
4	Espaços de Atendimento \ Espera					
5	Limpeza e Higiene das Instalações					
6	Equipamento Diagnóstico\Terapêutica					

3. Classifique a sua satisfação com o atendimento do serviço de saúde a que recorre:

Muito fraca Fraca Razoável Boa Muito boa

4. Avalie a satisfação com os seguintes aspetos do atendimento no serviço de saúde a que recorre:

		Muito fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito boa
1	Horário de Atendimento					
2	Processo de Atendimento					
3	Tempo Obtenção Consulta					
4	Tempo Espera para ser Consultado					
5	Informações Prestadas					

5. Classifique a sua satisfação com o serviço médico do serviço de saúde a que recorre:

Muito fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito boa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Recorre aos cuidados de saúde primários porque há:

- a) Interesse pelo seu problema de saúde
- b) Disponibilidade de tempo na consulta
- c) Relacionamento com o médico
- d) Explicação dos exames prescritos
- e) Informação sobre os sintomas da doença
- f) Aconselhamento sobre o tratamento
- g) Facilidade de contacto com o médico
- i) Outro motivo:

Qual? _____

7. Está isento da taxa moderadora da consulta nos cuidados de saúde primários?

- a) Sim
- b) Não

7.1. Se está isento, diga qual a razão? _____

7.3. Considera que os custos envolvidos no seu atendimento são compatíveis com o seu orçamento familiar?

- a) Sim
- b) Não

7.4. Como classifica o exigível pagamento das taxas moderadoras:

Reduzido	Razoável	Exagerado	Muito exagerado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grata pela sua colaboração.

Anexo III

Análise estatística descritiva

Os resultados obtidos demonstram que 41% dos sujeitos da amostra revelaram um grau de satisfação razoável face à organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde, seguindo-se os participantes que demonstraram uma boa satisfação (37%). Apenas 7% avaliou esta dimensão como muito boa. Contrariamente, 7% avaliou-a como muito fraca e 8% fraca (cf. Tabela 8).

Tabela 1. Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde

Satisfação com a organização geral dos serviços prestados pelo serviço de saúde	n	%
Muito fraca	7	7%
Fraca	8	8%
Razoável	40	41%
Boa	36	37%
Muito boa	7	7%
Total	98	100%

No que se refere à satisfação manifestada pelos sujeitos da amostra em relação à organização do serviço de saúde (cf. Tabela 2), registou-se que prevalece um grau de satisfação positivo acerca da localização do Centro de Saúde, isto porque os valores percentuais mais significativos recaíram nos graus de satisfação boa (43%), muito boa (25%) e razoável (30%).

Quanto à satisfação em relação à acessibilidade/transportes, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra considera-a boa (40%), seguindo-se os que a consideram muito boa e razoável, com igual valor percentual (20%, respetivamente). Contrariamente, 13% dos participantes considera a acessibilidade/transportes fraca e 6% muito fraca).

Apurou-se também que, na globalidade, os sujeitos da amostra revelaram-se satisfeitos com a qualidade das instalações do Centro de Saúde, atendendo-se a que 55% avaliou a sua satisfação como boa e 17% como muito boa. Por sua vez, 24% dos participantes avaliou a sua satisfação como razoável face à qualidade das instalações do Centro de Saúde.

Relativamente à satisfação dos sujeitos da amostra em relação ao espaço de atendimento/espera, predomina uma avaliação positiva, ou seja, 41% dos participantes revelam uma boa satisfação, 14% muito boa e 37% razoável.

Constatou-se que, maioritariamente, os sujeitos da amostra avaliaram a sua satisfação como positiva em relação à limpeza e higiene das instalações, o que se depreende do facto de 57% das suas respostas ter recaído numa boa satisfação, 17% revelaram muito boa satisfação e 22% razoável.

Quanto ao equipamento, diagnóstico/terapêutica, prevalecem igualmente avaliações positivas, na medida em que se registram os seguintes valores: 42% boa satisfação e 35% razoável.

Tabela 2. Satisfação face à organização do serviço de saúde

Satisfação face à organização do serviço de saúde		n	%
Localização do centro de saúde	Muito fraca	1	1%
	Fraca	1	1%
	Razoável	29	30%
	Boa	42	43%
Acessibilidade/Transportes	Muito boa	25	25%
	Muito fraca	6	6%
	Fraca	13	13%
	Razoável	20	21%
Qualidade instalações	Boa	39	40%
	Muito boa	20	20%
	Muito fraca	3	3%
	Fraca	1	1%
Espaço de atendimento/espera	Razoável	24	24%
	Boa	52	55%
	Muito boa	17	17%
	Muito fraca	4	4%
Limpeza e higiene das instalações	Fraca	4	4%
	Razoável	37	37%
	Boa	40	41%
	Muito boa	14	14%
Equipamento Diagnóstico Terapêutica	Muito fraca	1	1%
	Fraca	3	3%
	Razoável	21	22%
	Boa	56	57%
	Muito boa	17	17%
	Muito fraca	8	8%
	Fraca	9	9%
	Razoável	34	35%
	Boa	41	42%
	Muito boa	6	6%

Os dados apurados revelam que a maioria dos sujeitos da amostra (48%) avalia a sua satisfação como boa face ao atendimento do serviço de saúde, enquanto 32% a consideram razoável (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde

Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde	n	%
Muito fraca	2	2%
Fraca	9	9%
Razoável	32	32%
Boa	48	48%
Muito boa	9	9%
Total	98	100%

Verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (53%) classificou como boa a sua satisfação face ao atendimento; 27% classificaram-na como razoável, enquanto 9% a classificou como fraca e 4% muito fraca (cf. Tabela 4).

No que respeita ao processo de atendimento, sobressaem os sujeitos da amostra que classificaram como boa (50%) a sua satisfação, seguindo-se os que a classificaram como razoável (33%) e os 11% que a classificaram como fraca (cf. Tabela 11).

Registou-se que, em relação ao tempo de obtenção de consultas, a 34% dos participantes classificaram a sua satisfação como boa, 33% razoável, enquanto 19% a considera fraca e 10% muito fraca (cf. Tabela 11).

Quanto às informações prestadas, constatou-se que 44% dos participantes classificaram a sua satisfação como boa, 37% razoável, 7% fraca e 2% muito fraca (cf. Tabela 11).

Tabela 4. Satisfação face ao atendimento do serviço de saúde

Satisfação face ao atendimento no serviço de saúde		n	%
Horário de atendimento	Muito fraca	4	4%
	Fraca	9	9%
	Razoável	26	27%
	Boa	52	53%
Processo de atendimento	Muito boa	7	7%
	Muito fraca	2	2%
	Fraca	11	11%
	Razoável	32	33%
	Boa	49	50%
Tempo de obtenção de consultas	Muito boa	4	4%
	Muito fraca	10	10%
	Fraca	18	19%
	Razoável	31	33%
	Boa	32	34%
Tempo de espera para ser consultado	Muito boa	4	4%
	Muito fraca	15	15%
	Fraca	16	16%
	Razoável	33	34%
	Boa	27	28%
Informações prestadas	Muito boa	7	7%
	Muito fraca	2	2%
	Fraca	7	7%
	Razoável	36	37%
	Boa	43	44%
	Muito boa	10	10%

Os dados obtidos demonstram que 48% dos sujeitos da amostra classificaram como boa a sua satisfação em relação à organização geral dos aos serviços prestados, enquanto 38% sentem-se razoavelmente satisfeitos (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Satisfação face à organização geral dos aos serviços prestados

Satisfação face à organização geral dos aos serviços prestados	n	%
Muito fraca	1	1%
Fraca	4	4%
Razoável	37	38%
Boa	47	48%
Muito boa	9	9%
Total	98	100%

Verificou-se que 43% dos sujeitos da amostra recorrem aos Cuidados de Saúde Primários porque têm interesse pelo seu problema de saúde, 17% para aconselhamento sobre o tratamento, 14% por relacionamento com o médico, 12% por facilidade de contacto com o médico, 10% para explicação dos exames prescritos, 9% por informação sobre os sintomas da doença, sendo ainda representativo os 6% que procuram os Cuidados de Saúde Primários por disponibilidade de tempo na consulta. Dos participantes que referiram outro motivo, 1% fá-lo por vigilância e 1% para medicação - receita médica (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Fatores pelos quais recorrem aos Cuidados Primários de Saúde

Motivo pelo qual recorrem aos Cuidados Primários de Saúde	n	%
Interesse pelo seu problema de saúde	43	29%
Disponibilidade de tempo na consulta	8	6%
Relacionamento com o médico	21	14%
Explicação dos exames prescritos	14	10%
Informação sobre os sintomas da doença	13	9%
Aconselhamento sobre o tratamento	25	17%
Facilidade de contacto com o médico	18	12%
Outro motivo:		
Vigilância	1	1%
Medicação - receita médica	1	1%
Nunca fui aos cuidados primários de saúde	2	2%
Total	98	100%

Os resultados demonstram que mais de metade da amostra (73%) não está isenta de taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Isenção da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários

Isenção da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários	n	%
Sim	26	27%
Não	72	73%
Total	98	100%

Dos 26 sujeitos da amostra que responderam que estão isentos da taxa moderadora da consulta nos Cuidados de Saúde Primários, a maioria (38%) refere como motivo o facto de estar desempregada. Com igual valor percentual, registaram-se os participantes que apontaram como motivo ser bombeiro e ser dador de sangue (13%, respetivamente). Verificou-se que 8% aludiram sofrer de insuficiência crónica. os restantes motivos, com idêntico valor percentual (4%, cada) apontaram como motivo para a isenção da taxa moderadora ser: dependente dos pais, doente neurológico, emigrante, reformado e órfão de pai (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Motivo da isenção da taxa moderadora

Motivo da isenção da taxa moderadora	n	%
Bombeiro	3	13%
Dependente dos pais	1	4%
Desempregado	9	38%
Doador de sangue	3	13%
Doente neurológico	1	4%
Emigrante	1	4%
Insuficiência crónica	2	8%
Reformado	1	4%
Sem pai	1	4%
Não responde	2	8%
Total	26	100%

Constatou-se que mais de metade da amostra (62%) afirmou que há compatibilidade dos custos com a taxa moderadora e o orçamento familiar, enquanto 38% respondeu que não há compatibilidade (cf. Tabela 9).

Tabela 9. Compatibilidade dos custos envolvidos com o orçamento familiar

Compatibilidade dos custos envolvidos com o orçamento familiar	n	%
Sim	60	62%
Não	37	38%
Total	98	100%

Verificou-se que 34% dos participantes consideram que o pagamento que é exigível como taxa moderadora é exagerado, 32% que é razoável, 24% consideram-no muito exagerado e 10% reduzido (cf. Tabela 17).

Tabela 10. Classificação do pagamento que é exigível como taxa moderadora

Classificação do pagamento que é exigível como taxa moderadora	n	%
Reduzido	10	10%
Razoável	31	32%
Exagerado	33	34%
Muito exagerado	23	24%
Total	98	100%