

# **Satisfação dos Utentes com o acompanhamento COVID-19 numa Unidade de Saúde Familiar**

**VERSÃO FINAL APÓS DEFESA**

**Leonor Jota Pereira Cabral Amaral**

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

Orientadora: Prof. Doutora Helena Maria Alves Baptista  
Co-orientadora: Dra. Maria João Pereira Peres Rocha Marques

**Janeiro de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Leonor Jota Pereira Cabral Amaral, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 11163 do 2º ciclo em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã, 17 de janeiro de 2023.



# Agradecimentos

À Professora Dra. Helena Alves, vice-reitora para o ensino, assuntos académicos e empregabilidade e orientadora desta dissertação, pela sua disponibilidade, empenho e ajuda na elaboração da mesma.

À Dra. Maria João Marques, coordenadora e médica de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar (USF) Santa Joana, orientadora do meu internato em Medicina Geral e Familiar e coorientadora desta dissertação, pelo apoio, pelo esclarecimento das minhas dúvidas sempre que necessário e pela sua dedicação à medicina, representando para mim, um exemplo a seguir.

À Equipa Rosa, em particular à Enfermeira Sandra Madail, à Dra. Teresa Amaral e à assistente técnica Sara Lázaro. À restante equipa da USF Santa Joana, aos médicos, às enfermeiras (em especial, à Enfermeira Fátima Silva) e às assistentes técnicas. Aos restantes médicos internos que me ajudaram na recolha dos dados: ao Dr. André Roque, à Dra. Inês Rua e ao Dr. Pedro Ruivo.

Aos utentes que participaram no estudo.

Aos meus pais, por serem para mim um modelo a seguir, por estarem sempre presentes nas minhas lutas e conquistas e por todo o amor e carinho que sempre me deram.

Ao meu irmão, António, por me fazer acreditar em mim e me lembrar todos os dias que devemos sempre lutar pelos nossos sonhos.

Ao Sérgio, por toda a paciência que teve comigo, pelo apoio e carinho que me dá todos os dias e por não me deixar desistir.

Aos meus melhores amigos, por estarem sempre do meu lado.

Aos amigos que fiz durante este curso: à Ana, à Anabela, à Diana, à Eliana, à Sofia. Por todas as tardes e noites a trabalhar, pelo apoio nos dias mais difíceis e pela partilha da alegria nos dias felizes.

Por último, agradeço à Covilhã, à Universidade da Beira Interior, à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, aos meus professores e aos meus colegas, pelo contributo de cada um no meu percurso académico e na minha formação enquanto pessoa.



# Resumo

**Introdução:** A COVID-19 mudou drasticamente o dia-a-dia das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, obrigando as equipas de saúde a investirem em práticas de telessaúde e a reajustarem a sua atividade. Em Portugal, o Médico e o Enfermeiro de Família foram os principais responsáveis pelo acompanhamento em ambulatório dos utentes com COVID-19, sem critérios de gravidade, até terem alta clínica. Já existem vários estudos que fizeram a análise da relação entre as tradicionais consultas presenciais e a satisfação dos utentes, mas são poucos os que avaliam a experiência do utente com as teleconsultas, particularmente no acompanhamento por suspeita ou infeção COVID-19.

**Objetivos:** Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF Santa Joana com o acompanhamento COVID-19, determinando em que medida as doenças associadas, a autoavaliação do estado de saúde, o otimismo, o género, a idade, as habilitações literárias, a situação profissional e o resultado do teste à COVID-19 influenciam os diferentes índices de satisfação.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo e analítico, aplicando um questionário com questões previamente validadas, aos utentes da USF Santa Joana, com suspeita ou infeção COVID-19, de novembro de 2020 a junho de 2021. O estudo foi aprovado previamente por duas comissões de ética.

**Resultados:** Dos 779 utentes acompanhados no período do estudo, foram enviados os questionários a 400 utentes selecionados aleatoriamente, tendo respondido 56,8% (n=227). Destes, 39,4% classificaram a satisfação global com os cuidados recebidos como excelente, 25,7% como muito boa e 22,0% como boa. Das variáveis em estudo, enquanto hipotéticos determinantes da satisfação, realçam-se as que influenciaram a generalidade dos indicadores da satisfação: habilitações literárias, autoavaliação do estado de saúde, otimismo dos utentes e o resultado do teste à COVID-19.

**Discussão e Conclusão:** A satisfação dos utentes com o acompanhamento COVID-19 foi alta, realçando a importância do mesmo como uma componente essencial da resposta médica à COVID-19, contribuindo para a mudança de paradigma nos cuidados de saúde decorrente desta pandemia: o maior recurso à telessaúde. O estudo serve também de ponto de partida para a implementação de uma metodologia semelhante

que efetuada noutras áreas, poderá contribuir para o aumento da qualidade da gestão das unidades de saúde.

## **Palavras-chave**

COVID-19;Satisfação dos utentes;Telessaúde;Unidade de Saúde Familiar.

# Abstract

**Introduction:** COVID-19 has drastically changed the daily life of Primary Health Care Units, forcing health teams to invest in telehealth practices and readjust their activity. In Portugal, the Family Physicians and Nurses were the main responsible for the follow-up of outpatients with COVID-19, without severity criteria, until they were discharged from the clinic. There are already several studies that analyzed the relationship between traditional face-to-face consultations and user satisfaction, but there are few that evaluate the users' experience with teleconsultations in the follow-up for suspected or COVID-19 infection.

**Objectives:** To assess the level of satisfaction of USF Santa Joana users with COVID-19 monitoring, determining the extent to which associated diseases, self-assessment of health status, optimism, gender, age, educational qualifications, professional situation, and result of the COVID-19 test influence the different indexes of satisfaction.

**Methodology:** A quantitative, observational, descriptive and analytical study was carried out, applying a questionnaire with previously validated questions, to users of USF Santa Joana, with suspected or infected COVID-19, from November 2020 to June 2021. The study was previously approved by two ethics committees.

**Results:** Of the 779 users followed up during the study period, the questionnaires were sent to 400 users selected randomly and 56,8% responded (n=227). Of these, 39,4% rated the overall satisfaction with the care received as excellent, 25,7% as very good and 22,0% as good. Of the variables under study, as hypothetical determinants of satisfaction, those that influenced most of the indicators of satisfaction stand out: educational qualifications, self-assessment of health status, users' optimism and the result of the COVID-19 test.

**Discussion and Conclusion:** The users' satisfaction with COVID-19 monitoring was high, emphasizing its importance as an essential component of the medical response to COVID-19, contributing to the paradigm shift in health care resulting from this pandemic: the greatest resource of telehealth. The study also serves as a starting point for the implementation of a similar methodology which, carried out in other areas, may contribute to an increase in the quality of the management of health units.

# Keywords

COVID-19;User satisfaction;Telehealth;Family Health Unit.

# Índice

Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas .....	xv
1. Introdução .....	1
2. Enquadramento do problema.....	3
2.1. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal .....	3
2.2. A COVID-19.....	9
2.2.1. COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários.....	16
2.3. A transformação digital em saúde .....	17
3. Fundamentação teórica .....	21
3.1. Conceito de satisfação .....	21
3.2. Qualidade dos serviços.....	25
3.3. Instrumentos de avaliação da satisfação .....	31
3.3.1. <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice</i> (EUROPEP) .....	31
3.3.2. <i>Patient Satisfaction Questionnaire short form (PSQ)</i> .....	32
3.3.3. <i>The General Practice Assessment Survey (GPAS)</i> .....	33
3.3.4. <i>The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)</i> .....	34
3.3.5. Telessaúde.....	34
3.4. Satisfação dos utentes em Portugal nos CSP.....	34
3.5. Variáveis que influenciam a satisfação.....	39
3.5.1. Características sociodemográficas .....	39
3.5.2. Estado de saúde.....	40
3.5.3. Otimismo disposicional .....	40
3.6. Modelo de análise.....	41
3.7. Objetivos da investigação.....	42
3.8. Questões da investigação .....	43
4. Metodologia de investigação e resultados .....	44
4.1. Tipo de estudo/abordagem de investigação .....	44
4.2. População e amostra .....	44
4.3. Procedimento metodológico .....	46
4.4. Instrumento de recolha de dados .....	47
4.5. Análise estatística.....	51
4.6. Validação do questionário.....	51
5. Resultados.....	53
5.1. Análise descritiva .....	53

5.2.	Inferência estatística .....	63
5.3.	Fiabilidade e validade do questionário.....	72
6.	Discussão.....	74
7.	Conclusão .....	80
8.	Bibliografia.....	83
9.	Anexos .....	94
9.1.	Anexo 1 - <i>Customer Journey Map</i> do utente com suspeita ou infeção por COVID-19 .....	94
9.2.	Anexo 2 – Autorização da utilização do questionário EUROPEP .....	95
9.3.	Anexo 3 – Autorização da utilização do questionário LOT-R.....	96
9.4.	Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética da UBI.....	97
9.5.	Anexo 5 – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro.....	98
9.6.	Anexo 6 - Questionário satisfação do utente com o acompanhamento COVID-19	99
9.7.	Anexo 7 – Comentários e sugestões dos utentes .....	105
9.8.	Anexo 8 – Matriz de correlação do fator satisfação EUROPEP. ....	110
9.9.	Anexo 9 – Matriz de correlação do fator satisfação ECSI. ....	112

# Lista de Figuras

Figura 1 - Estrutura dos ACeS.....	7
Figura 2 – Evolução do número de USF – modelo A e B – de 2015 a 2020. ....	8
Figura 3 - Principais factos relacionados com o vírus SARS-CoV2 em 2020. ....	10
Figura 4- Modelo dinâmico da satisfação do utente.....	23
Figura 5 – Modelo dos Gap’s. ....	29
Figura 6 – Modelo de análise que esquematiza a relação entre as variáveis do estudo. ....	42
Figura 7- Utentes acompanhados pela USF Santa Joana durante os 8 meses do estudo. .....	45
Figura 8 - Doenças ou estados de saúde referidos pelos utentes. ....	55
Figura 9 – Autoavaliação do estado de saúde da amostra.....	55
Figura 10 – Respostas obtidas na escala de Otimismo Disposicional.....	56
Figura 11– Respostas obtidas sobre o acompanhamento COVID-19. ....	57
Figura 12 - Respostas obtidas sobre o acompanhamento COVID-19 nos utentes com teste positivo à COVID-19.....	57
Figura 13 - Respostas obtidas com base nas questões do questionário ECSI. ....	62
Figura 14 – Índices mdios de satisfação nos diferentes grupos etários. ....	64



## Lista de Tabelas

Tabela 1- A mudança nos CSP. ....	6
Tabela 2 - Movimento assistencial nos CSP (em milhares).....	17
Tabela 3 – As cinco dimensões da escala SERVQUAL e a sua correspondência com os itens do questionário. ....	27
Tabela 4– Sete pilares da qualidade em saúde de Donabedian. ....	30
Tabela 5 – Questionário EUROPEP. ....	32
Tabela 6 - Caracterização da população do estudo e dos utentes excluídos. ....	45
Tabela 7 – Índice Europeu de Satisfação do Cliente Portugal.....	50
Tabela 8 – Recomendação da Análise Fatorial com base no KMO. ....	52
Tabela 9 - Distribuição por faixa etária em função do género.....	54
Tabela 10 – Habilitações Literárias e situação profissional em função do género. ....	54
Tabela 11 – Pontuação obtida na escala LOT-R (sem casos omissos).....	56
Tabela 12 – Classificação do acompanhamento COVID-19 com base no <i>customer journey map</i> . ....	58
Tabela 13 - Descritivos dos Indicadores-Chave EUROPEP.....	58
Tabela 14 - Avaliação do Indicador “Relação Médico-Utente”.....	59
Tabela 15 – Avaliação do Indicador “Assistência Médica e Técnica”.....	60
Tabela 16 – Avaliação do Indicador “Informação e Apoio”.....	60
Tabela 17 – Avaliação do Indicador “Continuidade e Cooperação”. ....	61
Tabela 18 – Avaliação do Indicador “Organização dos serviços”. ....	61
Tabela 19 – Índice de satisfação ECSI. ....	62
Tabela 20 - Resultados do Test T-Student nos Índices de Satisfação, em função da variável género.....	63
Tabela 21 - Correlações de Pearson entre os índices de satisfação e a idade. ....	64
Tabela 22 - Resultados da ANOVA e Teste <i>post-hoc</i> : Satisfação dos utentes em função das habilitações literárias. ....	66
Tabela 23 – Resultados da ANOVA: Satisfação dos utentes em função da situação profissional. ....	67
Tabela 24 - Resultados do Test T-Student nos índices de satisfação, em função da variável doenças ou estados de saúde associados.....	68
Tabela 25 – Resultados da ANOVA e Teste <i>post-hoc</i> : Satisfação dos utentes em função da autoavaliação do estado de saúde. ....	69
Tabela 26 - Correlações de Pearson entre a satisfação dos utentes e o otimismo disposicional. ....	70

Tabela 27 - Resultados do Test T-Student, na Satisfação dos Utentes em função da variável teste COVID-19.....	70
Tabela 28- Regressão linear múltipla: Coeficientes dos modelos.....	71
Tabela 29 – <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> e <i>KMO</i> . ....	73

# Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ADR-C	Áreas Dedicadas a Doentes com Infeção Respiratória Aguda na Comunidade
ADR-SU	Áreas Dedicadas a Doentes com Infeção Respiratória Aguda no Serviço de Urgência
ARS	Administração Regional de Saúde
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECSI	Índice Europeu de Satisfação do Cliente
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EOQ	<i>European Organisation for Quality</i>
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EUROPEP	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice</i>
FEM	Fórum Económico Mundial
GPAQ	<i>The General Practice Assessment Questionnaire</i>
GPAS	<i>The General Practice Assessment Survey</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IO	Índice de otimismo
KMO	Teste Kaiser – Meyer – Oklin
LOT	<i>Life Orientation Test</i>
LOT-R	<i>Revised Life Orientation Test</i>

MERS	Síndrome Respiratória do Médio Oriente
MGF	Medicina Geral e Familiar
MIM@UF	Sistema de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCAS	<i>The Primary Care Assessment Survey</i>
PSQ	<i>Patient Satisfaction Questionnaire short form</i>
RNA	Ácido ribonucleico
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SARSCoV2	Coronavírus 2 da severa síndrome aguda respiratória
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS®	<i>Software Package for Social Sciences</i>
TAAN	Testes Moleculares
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TRAg	Testes Rápidos de Antigénio
TSQ	<i>Telemedicine Satisfaction Questionnaire</i>
TUQ	<i>Telehealth Usability Questionnaire</i>
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

# 1. Introdução

A COVID-19, causada pelo Coronavírus 2 da Severa Síndrome Respiratória Aguda (SARS-CoV-2), é uma doença que foi inicialmente reportada na China, em 2019, na cidade de Wuhan. Transmite-se pessoa-a-pessoa por contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta) ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta), originando uma infeção respiratória aguda, cujos sintomas variam (SNS 24, 2021). Este vírus espalhou-se rapidamente em todo o mundo, sendo que a 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022) declarou a COVID-19 como uma pandemia global e recomendou contenção rápida do surto por meio do distanciamento físico e planeamento e coordenação no setor de saúde.

Em 2020 e 2021, em Portugal, foram o Médico e/ou o Enfermeiro de Família os principais responsáveis pelo acompanhamento em ambulatório dos utentes com COVID-19, sem critérios de gravidade, até terem alta clínica, o que levou a mudanças drásticas no dia-a-dia de todas as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e obrigou as equipas de saúde a investirem em práticas de telessaúde, bem como a reajustarem toda a sua atividade assistencial.

Esta pandemia gerou uma sobrecarga de trabalho em todas as unidades de saúde o que aumentou a necessidade de efetuar uma gestão de tempo e de recursos ainda mais eficaz, pelo que medir a qualidade dos cuidados prestados a estes utentes através da avaliação da sua satisfação, tornou-se indispensável como uma ferramenta de apoio à gestão das unidades, permitindo identificar potenciais pontos de melhoria.

Com este estudo pretende-se avaliar a satisfação dos utentes com o acompanhamento prestado pela sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19, através do recurso a um questionário. A escolha deste tema para o estudo surgiu da preocupação constante que a USF Santa Joana tem em avaliar a qualidade dos cuidados prestados, medindo para isso o grau de satisfação dos utentes. Esta USF é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada em rede com as outras UFs do ACeS Baixo Vouga. Atualmente, apresenta uma equipa composta por 7 médicos, 7 enfermeiras, 5 assistentes técnicas e 6 médicos internos, prestando cuidados a 11 810 utentes das várias freguesias do concelho de Aveiro (BI-CSP, 2022). A aplicação destes questionários é também inovadora e poderá vir a ser um grande contributo, no sentido de perceber quais as principais oportunidades de melhoria no acompanhamento destes utentes por parte da USF e dos

CSP, bem como, ser o ponto de partida para a implementação de uma metodologia que efetuada noutras áreas, poderá contribuir para o aumento da qualidade da gestão das unidades de saúde.

## **2. Enquadramento do problema**

### **2.1. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

Os CSP providenciam os cuidados essenciais, isto é, preventivos, curativos e de reabilitação, os quais devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos e respetivas famílias, de forma a maximizar a sua saúde e bem-estar (Starfield, 1992). Segundo Starfield (1992), este nível de cuidados engloba quatro elementos fundamentais:

- Primeiro contacto com os cuidados de saúde;
- Prestação de cuidados longitudinais, ou seja, ao longo da vida;
- Prestação de cuidados globais e holísticos;
- Coordenação e integração com os restantes níveis de cuidados e com outros profissionais dos CSP.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre os CSP, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, que alertou para a importância dos CSP em qualquer sistema de saúde. Definiu este nível de cuidados como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade...” e que “...fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, (...), quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)” (OMS, 1978, p.1).

Em Portugal, a evolução dos CSP teve várias fases, sendo possível descrever o seu desenvolvimento na história dos serviços de saúde. Os primeiros passos ocorreram na década de 40 do século XX, com a criação da Federação das Caixas de Previdência, incluindo apenas os trabalhadores por conta de outrem (Costa et al., 2013).

Em 1971, a reforma do sistema de saúde levada a cabo por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio, Baltasar Rebelo de Sousa, entre outros, contemplou os CSP, através da criação dos primeiros centros de saúde (CS) (1ª geração) (Costa et al., 2013), que abrangiam atividades de saúde pública, tais como vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e atividades de controlo sanitário. Estes CS estavam sobretudo ligados aos cuidados preventivos e acompanhamento de grupos de risco, enquanto o tratamento de doença aguda e os cuidados curativos eram prestados sobretudo nos postos clínicos dos Serviços Médicos-Sociais das caixas de previdência. Desta forma, durante alguns anos, coexistiram separadamente estes dois tipos de

cuidados, um mais voltado para a vertente comunitária e outro para os cuidados imediatos, que embora fossem teoricamente contraditórios, eram complementares no que diz respeito às necessidades dos cidadãos (Branco & Ramos, 2001).

Posteriormente, em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que procurou a proteção da saúde de todos os cidadãos portugueses de uma forma universal, muito semelhante ao *National Health Service* inglês (Gava, 2020). O governo procurou organizar o sistema de saúde de forma a melhorar a justiça distributiva, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resolver os problemas dos cidadãos. Foram feitos esforços para conservar os princípios de solidariedade e justiça, para que todos pudessem beneficiar dos avanços científicos e tecnológicos postos ao serviço da saúde e do bem-estar dos cidadãos. Por conseguinte, tornou-se necessário mudar o cenário dos CSP, tornando-os mais acessíveis, mais eficientes e mais adequados às necessidades dos cidadãos e dos profissionais (Pisco, 2011).

Em 1983, os primeiros CS foram integrados com os numerosos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais, constituindo-se os CS de 2ª geração. Estes CS, resultantes da fusão das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes, herdaram das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano. O único novo elemento introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral. Esta fusão permitiu uma maior racionalidade na prestação dos cuidados, mas não originou uma evolução das principais virtudes dos componentes integrados, tais como a acessibilidade a consultas e domicílios oferecidos pelos Serviços Médico-Sociais e a programação com objetivos de saúde e procedimentos de vigilância de saúde normalizados (Branco & Ramos, 2001).

A Lei de Bases da Saúde, criada em 1990, definiu os CSP como o acesso de primeira linha, na qual se incluem os programas de planeamento familiar, saúde materna e infantil, para além da gestão das doenças crónicas, da doença aguda simples e dos domicílios. O acesso aos cuidados hospitalares passou a ser feito por referência dos CSP ou por meio dos serviços de urgência dos hospitais (Lapão & Pisco, 2019). Esta lei veio a ser revista em 2002 e novamente em 2019 (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Com o passar dos anos, foram surgindo críticas e propostas alternativas ao modelo organizativo dos CS de 2ª geração. De 1989 a 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral reuniu um conjunto de propostas no designado “Livro Azul”, compilando as principais tendências nacionais e internacionais para o desenvolvimento dos CSP em Portugal (APMCG, 1991, cit. in Branco & Ramos, 2001). No terreno, surgiram algumas iniciativas, nomeadamente, os projetos “Alfa”. Estes foram iniciados

entre 1996 e 1997, constituindo o primeiro impulso para descongelar o monopólio burocrático do SNS, libertando as ações já latentes no terreno e permitindo que a criatividade e a ousadia de pequenos grupos de profissionais gerassem novos modelos de trabalho em equipa. Assim, cerca de 15 grupos iniciaram as suas experiências, dos quais a maioria ainda se mantém em atividade. Estes projetos alertaram para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas, que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalham, servindo de base para a procura de novas formas remuneratórias nos CS (Branco & Ramos, 2001). Além destes, destacam-se também outras iniciativas como a experiência de autonomia e gestão do Centro de Saúde S. João: “Tubo de Ensaio” (Hespanhol & Pinto, 2005).

Posteriormente, em 1999, foi publicada a legislação que originou os CS de 3ª geração e o início de um regime remuneratório experimental para a MGF. Estes novos CS baseavam-se num processo de mudança organizacional que não pode ser implementada pela via normativa clássica (“*top-down*”). Embora carecesse de um enquadramento “*top*”, a sua realização dependia essencialmente da capacidade de criar a mudança em cada CS e de proporcionar acompanhamento e apoio técnico a esses processos de mudanças locais (Branco & Ramos, 2001). Desta forma, Portugal foi um dos primeiros países europeus a ter uma abordagem integrada para os CSP, criando uma rede de CS que abrangia todo o país, sendo estes considerados um património cultural, técnico e institucional que importava não apenas preservar, mas também desenvolver para continuarem a ser o meio mais eficiente e acessível para promover a saúde da população (Pisco, 2011).

Apesar de todas as propostas, a realidade ainda ficou aquém do esperado, iniciando-se, em 2005, uma nova reforma, que levou à criação de unidades autónomas, mais pequenas, denominadas USF, que procuravam estar mais próximas dos utentes, com prestadores de CSP que assegurassem serviços de qualidade superior, geridos por contratos internos (Silva & Fonseca, 2017). Esta reforma, ilustrada na Tabela 1, resultou de uma evolução de aproximadamente 35 anos em que se conseguiu construir um SNS, financiado por impostos, que cobria a totalidade da população com uma rede de CS e hospitais por todo o território, alcançando-se excelentes resultados em diversos indicadores de saúde. Ainda assim, o objetivo era mais qualidade com maior acessibilidade, cuidados mais alinhados com as orientações técnico-científicas atuais, uma participação ativa e uma maior satisfação de todos: utentes e profissionais (A. Biscaia & Heleno, 2017).

Tabela 1- A mudança nos CSP.

<b>PRINCÍPIOS BASES DOS CSP</b>	<b>O PROCESSO DE MUDANÇA REQUEREU:</b>
Orientação para a comunidade;	✓ Constituição de USF;
Flexibilidade organizativa e de gestão;	✓ Associação de CS em ACeS;
Desburocratização;	✓ Criação de outras Unidades Funcionais (UF) nos ACeS, como UCC, USP, UCSP e URAP.
Trabalho em equipa;	✓ Introdução de um novo modelo de gestão;
Autonomia e responsabilização;	✓ Instituição da governação clínica;
Melhoria contínua da qualidade;	✓ Reorganização dos serviços de suporte;
Contratualização e avaliação.	✓ Informatização completa dos serviços e desmaterialização da maior parte dos suportes para a prática clínica.

Fonte: Adaptado de A. Biscaia & Heleno, 2017.

A nova estrutura dos CS iniciou-se com a criação de 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que mais tarde se reduziram a 55, sendo caracterizados como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, constituídos por várias unidades funcionais (UF) e tendo como missão garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica (Figura 1) (A. Biscaia & Heleno, 2017). A estrutura organizacional de cada ACeS, obedece a uma hierarquia de governação vertical tradicional, assente nas seguintes UFs (A. Biscaia & Heleno, 2017):

- USF: equipas multidisciplinares que prestam cuidados personalizados, com base nos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos, apresentando um bom nível de desempenho e de dinâmica da equipa. Está regulamentada com legislação própria
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP): equipa multiprofissional, não integrada em USF, que presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Depende hierarquicamente do Diretor Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico.
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC): equipa multidisciplinar que presta cuidados de saúde orientados para grupos e ambientes específicos, fazendo o acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade.

- Unidade de Saúde Pública (USP): funciona como observatório de saúde local, unidade de administração de saúde populacional e de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário. É responsável pela realização de estudos populacionais, vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde.
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP): organiza e coordena múltiplos recursos e competências assistenciais específicas de cada ACeS (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades) cuja missão é a de apoiar as demais unidades.
- Unidade de Apoio à Gestão (UAG): presta apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão.
- Gabinete do Cidadão e Unidade de Gestão das Reclamações: trabalham para a prestação de informações adequadas sobre os direitos e obrigações dos utentes dos serviços de saúde, a gestão das sugestões e reclamações nos serviços de saúde e para a verificação da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde.

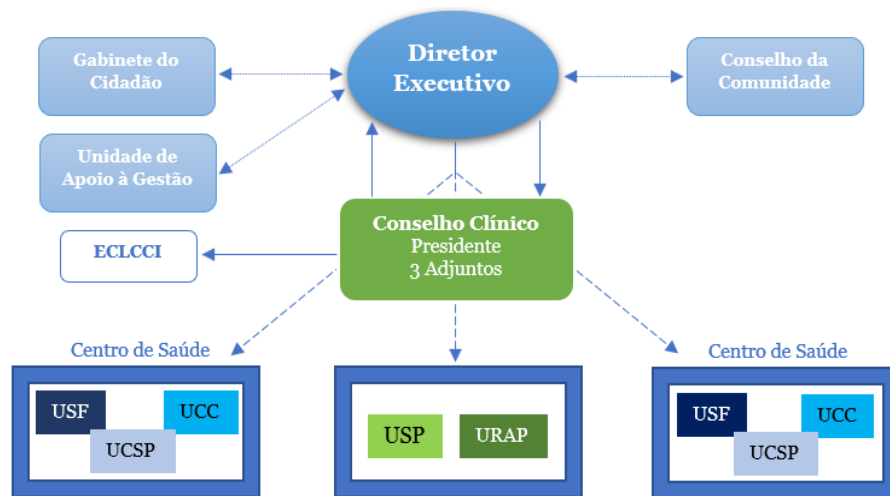


Figura 1 - Estrutura dos ACeS.

Fonte: Adaptado de Pisco (2007: página 45). Legenda: ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados.

Segundo A. Biscaia e Heleno (2017, p.702), esta reforma dos CSP foi “uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas em Portugal”, sendo a constituição das USF identificada como o acontecimento com maior impacto no terreno. Esta levou a uma quebra na estrutura organizacional muito hierarquizada dos serviços públicos, permitindo a reconfiguração dos CS, segundo os princípios que

garantem a sustentabilidade do SNS, assegurando, assim, a qualidade dos cuidados prestados num sistema de melhoria contínua.

A evolução organizativa das USF assenta em três modelos de desenvolvimento (A. Biscaia & Heleno, 2017):

- Modelo A: corresponde a uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa. Engloba as USF do setor público com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário, assim como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduzem em incentivos institucionais a reverter para investir na USF.
- Modelo B: adequado para equipas com maior maturidade organizacional, que estejam propensas a aceitar um nível de contratualização de *performance* mais exigente. Abrange as USF do setor público e tem um regime retributivo especial para os médicos, incentivos financeiros para os enfermeiros e os secretários clínicos e, também, a contratualização de indicadores relacionados com incentivos institucionais e uma eventual carteira adicional de serviços.
- Modelo C: modelo experimental, com carácter suplementar relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS. Abrange USF dos setores social, cooperativo e privado. Atualmente ainda não existem USF modelo C.

Desta forma, em 2006, foram criadas as primeiras USF modelo A, enquanto as primeiras USF modelo B surgiram apenas a partir de 2008. Desde então, os dois modelos têm evoluído anualmente em Portugal. Segundo o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Ministério da Saúde (SNS, 2021), no final do ano 2020 (Figura 2), existiam 581 USF (307 modelo A e 274 modelo B), 335 UCSP e 266 UCC, evidenciando-se um aumento de 17 USF e um decréscimo de 10 UCSP, comparativamente com o ano anterior.

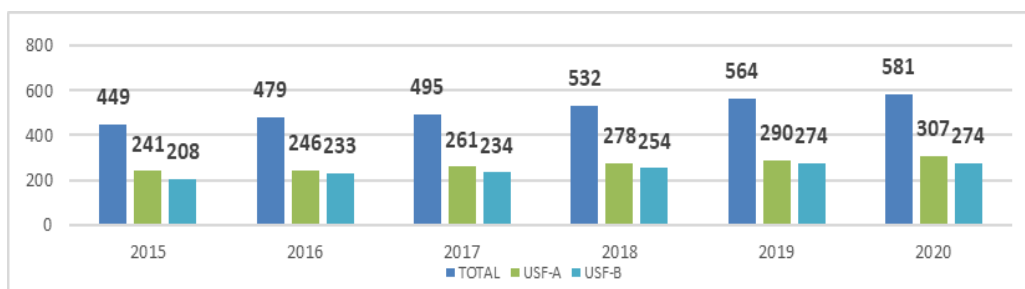


Figura 2 – Evolução do número de USF – modelo A e B – de 2015 a 2020.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2021).

## **2.2. A COVID-19**

Os coronavírus, conhecidos desde 1960, são uma família de vírus que afetam mamíferos, causando até 15% dos resfriados comuns anualmente nos humanos (Cecil et al., 2012, cit. in Vidal-Alaball et al., 2020). Duas variantes desta família de vírus já tinham causado doenças graves anteriormente, nomeadamente, o vírus SARS-CoV, em 2002, que causou a Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS), com uma taxa de mortalidade de 9,6% e o vírus HCoV-EMC, em 2012, causando a síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS), que também surgia como uma síndrome de dificuldade respiratória aguda, com uma taxa de mortalidade de 34,4% (Smith, 2006).

O novo coronavírus SARS-CoV-2 é um vírus de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia simples que se liga e integra na célula hospedeira com seu próprio RNA mensageiro, facilitando a replicação dentro da célula e a infeção (Modrow et al., 2013).

A doença causada por este vírus, a COVID-19, surgiu em Wuhan, na China, no final de 2019, espalhando-se rapidamente por todo o mundo. No início de janeiro de 2020, a OMS foi notificada da existência de um surto de uma doença respiratória manifestando-se com febre, tosse e dispneia (Vidal-Alaball et al., 2020). Conforme ilustrado na Figura 3, a 30 de janeiro, a OMS declarou o surto de COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (OMS, 2022). Em Portugal, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado a 2 de março de 2020. A 11 de março, a OMS declarou que, devido ao aumento rápido dos casos de COVID-19, esta doença constituía uma pandemia global. No dia 18 de março, a Assembleia da República debateu e aprovou a Resolução n.º 15-A/2020, através da qual autorizou o Presidente da República a declarar o estado de emergência em Portugal, o que sucedeu com a publicação do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, devido à verificação de uma situação de calamidade pública (Parlamento, 2022).

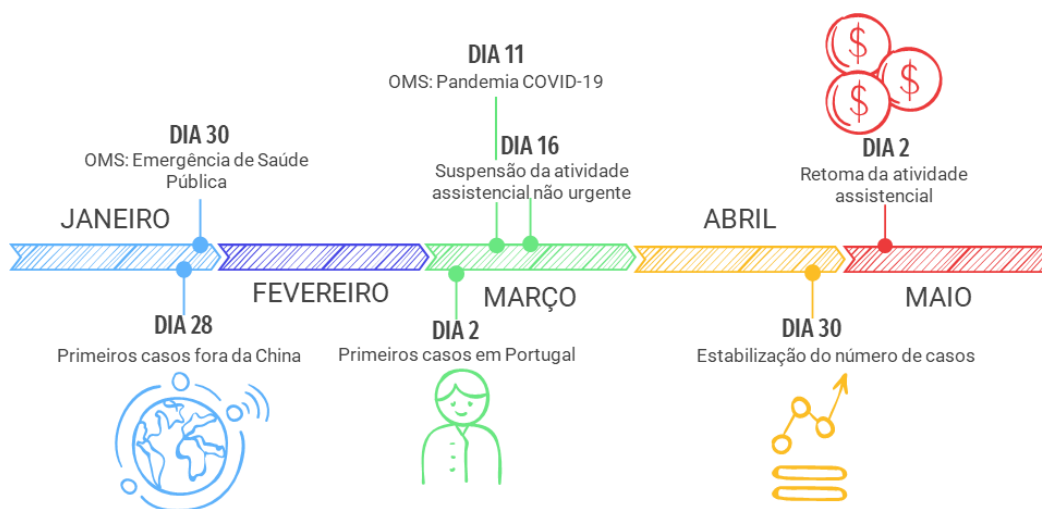


Figura 3 - Principais factos relacionados com o vírus SARS-CoV2 em 2020.

Fonte: Adaptado de Sousa (s.d.) e de OMS (2022).

A COVID-19 é caracterizada por uma infeção aguda do trato respiratório e os sintomas variam em gravidade, desde a ausência de sintomas (assintomáticos) até febre, tosse, dificuldade respiratória, cefaleias, mialgias, fadiga, anosmia (perda de olfato), ageusia ou disgeusia (perda ou alteração do paladar, respetivamente), entre outras. O modo de transmissão ocorre, principalmente, através de gotículas que contêm partículas virais que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas, quando tosem ou espirram, e podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo. As gotículas podem também depositar-se nos objetos ou superfícies que rodeiam a pessoa infetada e, desta forma, infetar outras pessoas quando tocam com as mãos nestes objetos ou superfícies, tocando depois nos seus olhos, nariz ou boca (SNS 24, 2021).

O tempo decorrido desde a exposição ao vírus até ao aparecimento de sintomas (período de incubação da doença) é de 14 dias (SNS 24, 2021). Todas as pessoas estão em risco de contrair COVID-19, no entanto há algumas condições associadas à evolução para COVID-19 grave, nomeadamente (DGS, 2020a, 2020b):

- i. Idade igual ou superior a 60 anos;
- ii. Doença crónica: doença pulmonar crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crónica, cirrose hepática, diabetes *mellitus* sob insulinoaterapia, obesidade com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, síndrome de *Down*, doença falciforme, doença neurológica ou cerebrovascular associada a disfagia neurológica.
- iii. Gravidez;
- iv. Imunodepressão, particularmente:

- a. Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou com doença de enxerto contra hospedeiro;
- b. Transplante de órgão sólido pulmonar ou transplante de outro órgão com tratamento de indução há menos de 6 meses ou com rejeição há menos de 3 meses;
- c. Realização de terapêuticas associadas a depleção linfocitária ou dose elevada de corticoides;
- d. Realização de inibidores da proteína quinase, terapia com células T do recetor de antigénio quimérico ou quimioterapia para neoplasia de órgão sólido há menos de 6 meses;
- e. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) sem tratamento e com contagem TCD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>;
- f. Síndrome de imunodeficiência primária grave sob reposição de imunoglobulinas.

Dado a rápida atualização de conhecimentos científicos sobre este tema, houve necessidade de atualizar permanentemente a abordagem clínica das pessoas com suspeita e infeção por SARSCoV2, pelo que irá ser apresentado o que foi feito anteriormente (à data da realização do estudo) e o que é feito atualmente (à data da redação da dissertação), de acordo com a Norma n<sup>o</sup> 004/2020, atualizada a 14 de outubro de 2020 e a 6 de julho de 2022, respetivamente. Destaca-se desde já que com a evolução favorável da situação epidemiológica e com a elevada proteção conferida pela vacinação contra a COVID-19, o risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19 reduziu bastante, motivando a adequação das medidas de saúde pública e o reajuste da atividade assistencial do SNS (DGS, 2020a, 2020b).

À data da realização do estudo, os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 contactavam a linha SNS 24 ou, de forma complementar, outras linhas telefónicas criadas para o efeito. São consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2 as pessoas que apresentem separada ou simultaneamente (DGS, 2020a, 2020b):

- a. Quadro de infeção respiratória aguda com, pelo menos, um dos seguintes sintomas: Tosse de novo ou com agravamento do padrão habitual; febre (temperatura  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ), sem outra causa atribuível ou dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível.
- b. Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.

Aquando da realização do estudo, todos os doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 eram submetidos a teste laboratorial (DGS, 2020a). Após a realização do teste,

com base na sintomatologia e fatores de risco, os utentes podiam ser encaminhados para (DGS, 2020a):

- ✓ Vigilância clínica e isolamento no domicílio;
- ✓ Avaliação clínica em Áreas Dedicadas a Doentes com Infecção Respiratória Aguda na Comunidade (ADR-C), nos CSP;
- ✓ Avaliação clínica em Áreas Dedicadas a Doentes com Infecção Respiratória Aguda no Serviço de Urgência (ADR-SU) dos Hospitais;
- ✓ Intervenção da Emergência Médica Pré-Hospitalar.

Os utentes com idade inferior a 60 anos, com sintomas ligeiros e sem sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vómitos/diarreia persistentes ou qualquer outro sintoma de gravidade clínica e ausência de doenças crónicas associadas a risco de evolução para COVID-19 com gravidade, tinham indicação para permanecer no domicílio, sem necessidade de avaliação clínica inicial presencial. Posteriormente, as equipas dos CSP deveriam realizar a primeira avaliação telefónica no prazo de 24-48 horas, após o contacto com o SNS 24. Os utentes com idade superior a 60 anos e/ou com comorbilidades com maior risco de doença COVID-19 grave, mas que não apresentavam dispneia ou qualquer outro sintoma ou sinal de gravidade clínica, eram encaminhados para o ADR-C. Os utentes que apresentavam sinais de alarme eram encaminhados para o ADR-SU (DGS,2020a).

No Anexo 1, encontra-se representado o *Customer Journey Map* do utente com suspeita ou infecção por COVID-19, termo que se refere ao mapa da jornada do cliente, sendo uma ferramenta cada vez mais popular de gestão estratégica reconhecida pelos profissionais pela sua utilidade na compreensão da experiência do cliente numa organização (Rosenbaum et al., 2016). Este combina dois instrumentos poderosos: a narrativa e a visualização, eficazes para transmitir informações de uma forma memorável, concisa e que cria uma visão partilhada e holística da experiência do cliente (Nielsen Norman Group, 2021). Conforme observado no *Customer Journey Map* do Anexo 1, desenhado com base na Norma nº004/2020 da DGS (2020a), perante a suspeita ou infecção COVID-19, sem critérios de gravidade clínica, os utentes eram acompanhados em ambulatório pelas suas equipas de saúde até ser conhecido o resultado do teste laboratorial para SARS-CoV-2. No primeiro contacto, competia às equipas de saúde pedir o teste (se o mesmo ainda não tivesse sido emitido), explicar as medidas de isolamento no domicílio, explicar as medidas de etiqueta respiratória e higiene a ter em casa e esclarecer sobre os sinais de alarme.

Se o utente tivesse tido um contacto de alto risco com alguém positivo, mas um resultado do teste negativo e ausência de sintomas, este passaria a ser vigiado apenas pela Saúde Pública. Se o resultado do teste fosse positivo ou se o utente apresentasse sintomas, com ou sem exposição de risco, este continuava a ser acompanhado pela equipa de saúde (DGS, 2020a). Nos utentes com infeção COVID-19, a equipa de saúde deveria esclarecer sobre o carácter imprevisível da doença, disponibilizar ajuda e suporte emocional, explicar sinais de alarme que poderiam motivar uma ida ao serviço de urgência, verificar a vigilância e monitorização dos sinais e sintomas, partilhar o contacto de serviço para emergências e passar o Certificado de Incapacidade Temporária para o período de isolamento, quando indicado. Além disso, poderia ser necessário prescrever tratamento farmacológico direcionado às queixas do utente.

Para facilitar o acompanhamento destes utentes, a Direção Geral da Saúde (DGS), em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), desenvolveu a plataforma Trace COVID-19 para vigilância clínica e epidemiológica destes utentes, bem como para apoiar os profissionais de saúde dos CSP e hospitalares, as equipas de Saúde Pública e Autoridades de Saúde na realização de registos de informação sobre os casos, respetivo rastreio de contactos, vigilância e seguimento clínico dos utentes com suspeita ou infeção COVID-19. A plataforma permitia, ainda, desenvolver e manter a vigilância epidemiológica durante a pandemia COVID-19, garantindo a disseminação da informação e apoiando a coordenação da vigilância epidemiológica nacional (SPMS, 2020; SPMS, 2022).

O fim das medidas de isolamento era determinado de acordo com o cumprimento cumulativo dos seguintes critérios, sem necessidade de realização de teste laboratorial para SARS-CoV2 (DGS,2020a):

- ✓ Critérios de melhoria clínica:
  - Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante 3 dias consecutivos;
  - Melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos.
- ✓ Tempo mínimo preconizado para isolamento:
  - Contado desde o dia de início dos sintomas, nas pessoas sintomáticas ou desde a data de realização do teste laboratorial que confirmou o diagnóstico nas pessoas assintomáticas durante o curso da doença, bem como nos doentes com incapacidade de datação do dia de início de sintomas;

- O tempo mínimo preconizado para isolamento era de 10 dias nas pessoas assintomáticas ou que desenvolvem doença ligeira ou moderada e de 20 dias nas pessoas que desenvolvem doença grave ou crítica e nas situações de imunodepressão grave.

À data de alta, conforme observado na Etapa 6 do *Customer Journey Map*, competia à equipa de saúde colocar o utente sem vigilância na plataforma Trace COVID-19, explicar os critérios de alta clínica, informar os cuidados a adotar no retorno à vida social e dar disponibilidade após a alta para responder a dúvidas e problemas que decorreram da doença COVID-19.

De acordo com a mesma norma, atualizada em julho do presente ano, os indivíduos com suspeita ou infeção por COVID-19, devem (DGS, 2020b):

- Se assintomáticos e:
  - Testes Rápidos de Antigénio (TRAg) de uso profissional ou Testes Moleculares (TAAN) positivo - aguardar a receção de SMS até 24-48 horas após a realização do teste, através do qual recebem um link para aceder ao Formulário de Casos e Contatos e Declaração Provisória de Isolamento, após preenchimento e submissão do formulário anterior.
  - Autoteste positivo – devem realizar um TRAg de uso profissional ou TAAN no prazo de 24 horas. Caso tal não seja possível, devem contactar o SNS 24, através do qual recebem uma requisição para realização de TRAg ou TAAN (confirmatório) e informação relativa à Declaração Provisória de Isolamento.
- Se sintomáticos, através do contacto com o SNS 24, podem ser referenciados para:
  - Intervenção da Emergência Médica Pré-Hospitalar, em situações de emergência;
  - Avaliação clínica no serviço de urgência hospitalar se sinais de dificuldade respiratória, se sinais de alarme, se condições de imunossupressão grave ou se uso de oxigenoterapia de longa duração.
  - Avaliação clínica nos CSP se: ausência dos critérios da alínea anterior e sintomas como febre com  $\geq 3$  dias de duração, pieira, tosse persistente ou produtiva e/ou doenças crónicas associadas a risco de progressão para doença grave, em pessoas sem esquema vacinal contra a COVID-19 completo.

- Autocuidados e isolamento no domicílio: as restantes pessoas, sem nenhuma das condições anteriores.

De realçar que, com a atualização da norma, houve o término das unidades COVID-*free* e do conceito infraestrutural de ADR-C ou ADR-SU, devendo os diferentes níveis de cuidados de saúde manter as medidas de prevenção e controlo de infeção necessárias. Além disso, as pessoas que ficam em isolamento é que têm a responsabilidade de automonitorizar os seus sintomas, sendo que as equipas de saúde já não são obrigadas a vigiar os sintomas dos seus utentes. Estes deverão contactar o SNS 24 ou o próprio CS, quando verificarem agravamento da sintomatologia e/ou aparecimento de critérios de gravidade clínica (DGS, 2020b).

Como anteriormente, o fim das medidas de isolamento é determinado quando se comprova os critérios de melhoria clínica e o cumprimento do tempo mínimo de isolamento. Com o aumento do conhecimento científico acerca deste vírus, sabe-se atualmente que a duração do período infeccioso depende sobretudo da gravidade da doença desenvolvida e das variantes do SARS-CoV-2. Para as variantes atuais, o pico de carga viral ocorre entre o segundo e o quinto dia desde o início dos sintomas, prevendo-se que a infecciosidade diminuía progressivamente após o quinto dia de doença. Desta forma, o tempo mínimo preconizado de isolamento é (DGS, 2020b):

- Para as pessoas com infeção assintomática ou doença ligeira: 5 dias.
- Para as pessoas com infeção assintomática ou doença ligeira, internadas ou em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): 7 dias, pela vulnerabilidade das populações.
- Para as pessoas com doença moderada: 10 dias.
- Para as pessoas com doença grave: 20 dias ou 10 dias com TRAg de uso profissional negativo.
- Para as pessoas com imunodepressão grave o fim das medidas de isolamento deve ser decidido caso-a-caso pelo médico assistente.

De destacar ainda que, à data da redação desta dissertação, as pessoas com tempo mínimo de isolamento de 5 dias, devem usar máscara cirúrgica em todas as ocasiões, pelo menos, durante mais 5 dias, nos termos da Orientação 011/2021 da DGS. Aos profissionais com infeção assintomática ou doença ligeira, que prestem cuidados diretos a pessoas vulneráveis, nomeadamente em estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde ou em ERPI, recomenda-se evitar essa atividade durante mais 2 dias, após o fim do período de isolamento (DGS, 2020b).

No dia 30 de setembro de 2022, o Governo anunciou o fim do estado de alerta devido à pandemia COVID-19, bem como, que o isolamento dos infetados por COVID-19 iria deixar de ser obrigatório e que os testes à COVID-19 deixariam de ser prescritos pela linha do SNS24, passando a ser apenas prescritos por indicação médica, quando considerado pertinente. Estas alterações levam a que, ao fim de mais de 2 anos de pandemia, a COVID-19 comece a ser tratada como qualquer outra patologia (Neto & Campos, 2022). As medidas referidas anteriormente foram publicadas na Norma nº013, de 28 de novembro de 2022, que veio revogar a Norma nº004/2020, previamente apresentada (DGS, 2022a).

### **2.2.1. COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários**

Face ao exposto anteriormente, é possível perceber que durante algum tempo o acompanhamento dos doentes com suspeita ou infeção COVID-19, sem critérios de gravidade clínica, competiu às equipas dos CSP, particularmente ao Médico de Família, o que levou a uma necessidade de ajuste da atividade assistencial.

Segundo Sousa (s.d.), comparando os dados disponíveis do número de consultas realizadas de janeiro a julho de 2020, com os dados relativos ao mesmo período do ano 2019, verifica-se que se realizaram menos 4 663 066 consultas médicas presenciais, o que corresponde a 38% das consultas realizadas em 2019. Por outro lado, como resultado da pandemia COVID-19, verificou-se um aumento dos contactos médicos não presenciais, tendo sido realizado, a nível nacional, durante 7 meses, 9 208 069 consultas não presenciais. No total, considerando consultas presenciais e não presenciais, verifica-se que, em 2020, houve uma diminuição de apenas 5%, quando comparada com o número de consultas realizadas em 2019, traduzindo-se em menos 986 035 consultas realizadas. Quanto aos contactos de enfermagem, comparando os registos efetuados nos mesmos períodos, o mesmo estudo revela que nos primeiros 7 meses de 2020 foram realizados menos 1 923 134 contactos de enfermagem do que em 2019, o que corresponde a 16% (Sousa, s.d.).

Segundo dados do Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2021), no final de 2020, contabilizaram-se 32 553 575 consultas médicas realizadas nos CSP, um acréscimo de 3,1% face a 2019 (Tabela 2). O número de consultas médicas não presenciais registou um crescimento acumulado de 100,4%, passando de 9 241 para 18 519, em 2020. No Relatório Anual de Acesso referente ao ano de 2021 (Ministério da Saúde, 2022) verifica-se que foram realizadas um total de 36 038 milhares de consultas médicas nos CSP, um acréscimo de 10,7% face a 2020,

ocorrendo também um acréscimo de 14,3% nas consultas presenciais, face ao ano anterior.

Nas consultas de enfermagem, em 2020, houve um decréscimo de 14,4%, face a 2019, enquanto que, em 2021, houve um aumento significativo das consultas de enfermagem registadas nos CSP (53,9%), resultado também do esforço destes profissionais na vacinação contra a COVID-19 realizada em 2021 (Ministério da Saúde, 2021, 2022). De facto, durante o verão de 2021, a vacinação atingiu valores máximos, sendo Portugal o primeiro país do mundo a atingir os 85% da população com esquema vacinal completo contra a COVID-19 (Ministério da Saúde, 2022). De acordo com o último relatório de vacinação disponível, em março de 2022, mais de 9 milhões de pessoas completaram a vacinação primária contra COVID-19 e mais de 5,9 milhões já tinham sido vacinados com a dose de reforço. Nesta fase, 335 082 crianças dos 5 aos 11 anos já tinham iniciado a vacinação (DGS, 2022b).

Tabela 2 - Movimento assistencial nos CSP (em milhares).

	2019	2020	2021	Var. 2021/2020
<b>TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS</b>	31 569	32 554	36 038	10,7%
- <b>Presenciais</b>	20 715	12 732	14 557	14,3%
- <b>Não presenciais</b>	9 241	18 519	20 150	8,8%
- <b>Domicílios médicos</b>	198	124	166	32,5%
<b>TOTAL DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM</b>	19 286	16 507	25 396	53,9%

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2022).

### 2.3. A transformação digital em saúde

Atualmente, assiste-se à transformação digital dos serviços de saúde, ou seja, ao uso das tecnologias no contexto da produção e entrega de um serviço, permitindo que os serviços de saúde sejam organizados, produzidos e entregues de novas maneiras. A digitalização é, não só um processo técnico, mas também um processo organizacional e cultural, englobando desde o uso de computadores e de plataformas de saúde eletrónicas, à monitorização domiciliária dos pacientes, aos dispositivos médicos eletrónicos e à aplicação da visualização auxiliada por computador. Parte desta digitalização é específica da área de saúde, outra parte é uma consequência da tendência de digitalização da sociedade (EXPH, 2019).

Já previamente utilizadas nas epidemias de Ébola e de SARS (Baudier et al., 2021), o recurso às tecnologias de informação e comunicação (TIC), durante a pandemia

COVID-19, permitiu manter o isolamento e o distanciamento social, fornecendo suporte ao sistema de saúde, tal como aconteceu noutros sectores da sociedade, como o teletrabalho (Vidal-Alaball et al., 2020).

Desta forma, a telessaúde é definida pelo uso das TIC para apoiar à distância a prestação de cuidados de saúde, a organização dos serviços de saúde e a formação de profissionais de saúde e cidadãos. Este conceito não se restringe à atividade médica, incluindo todos os profissionais de saúde (Centro Nacional de Telessaúde, 2022). O conceito de telessaúde abrange o conceito de telemedicina e é abrangido pelo conceito de eSaúde. A telemedicina é definida como a prestação de cuidados de saúde à distância por médicos que utilizam as TIC para prevenção de doenças e avaliação, diagnóstico e tratamento das mesmas (OMS, 2010). Por outro lado, a eSaúde é uma área muito abrangente, correspondendo a um modelo de gestão de saúde e bem-estar que visa a maximização dos recursos através da otimização de opções eletrónicas flexíveis para o cidadão, baseadas nas TIC (Centro Nacional de Telessaúde, 2022).

A sua aplicação era mundialmente limitada até março de 2020. Segundo dados de estudos realizados nos Estados Unidos, de março a abril de 2020, o número de teleconsultas realizadas aumentou em 683% (Mann et al., 2020).

Em Portugal, as primeiras atividades de telessaúde ocorreram em 1998 através da criação da linha telefónica “Dói, Dói? Trim, Trim!”, que mais tarde, em 2005, originou a Linha Saúde 24, e das teleconsultas na área da Cardiologia Pediátrica no Hospital Pediátrico de Coimbra. Em 1999, construiu-se uma rede de telemedicina entre os CSP e hospitalares no Alentejo. Posteriormente, em 2012, ocorreu a criação, por iniciativa da SPMS, do Grupo de Trabalho de Telemedicina. O desenvolvimento da Plataforma de Dados de Saúde Live para a realização de teleconsultas em tempo real com recurso ao vídeo e possibilidade de partilha de informação clínica ocorreu em 2014. Nesse mesmo ano, ocorreu a criação, pela DGS, de normas de orientação clínica relacionadas com a telemedicina e iniciou-se o telerrastreio dermatológico do SNS. Em 2016, ocorreu a constituição do Centro Nacional de Telessaúde, segundo a Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016 de 26 de outubro. Em 2017, ocorreu a criação do Centro de Contacto do SNS 24 (Centro Nacional de Telessaúde, 2022) e, em 2020, a criação da plataforma TraceCOVID.

De facto, com o avanço tecnológico, a telessaúde encontra-se em crescimento e tem vindo a tornar-se mais sofisticada, permitindo (Vidal-Alaball et al., 2020):

- Reduzir o tempo necessário para obter um diagnóstico, iniciar o tratamento, iniciar quarentena ou estabilizar o paciente.

- Acompanhar mais proximamente os utentes em sua casa.
- Evitar a lotação excessiva das instituições que prestam cuidados de saúde, diminuindo a circulação de pessoas e reduzindo o risco de infeções hospitalares.
- Melhorar os recursos médicos utilizados em locais distantes.
- Prevenir o risco de contágio, especialmente dos profissionais, evitando o contacto físico direto e reduzindo o risco de exposição a secreções respiratórias.
- Informar os cidadãos.
- Economizar custos com material antisséptico (luvas, batas descartáveis, desinfecção de espaços de visitas), melhorando o impacto ambiental da prática da medicina.
- Contribuir para formar mais profissionais de saúde e melhorar as suas competências.
- Acompanhar dados epidemiológicos e clínicos do mundo.

Desta forma, com a pandemia, o recurso à telessaúde permitiu manter algumas das consultas programadas e de vigilância, reduzindo o contacto entre as pessoas e evitando a propagação da infeção pelo vírus, bem como, fazer o acompanhamento dos utentes inseridos na plataforma Trace-COVID, sem critérios de gravidade, à distância de um contacto diário. Este acompanhamento foi fundamental para explicar os métodos de controlo da infeção, melhorar a adesão à terapêutica e verificar o cumprimento do isolamento.

Portanto, mais de dois anos após o início da pandemia, a teleconsulta tornou-se uma nova rotina nos serviços de saúde. Estudos anteriores já analisaram a relação existente entre as experiências dos utentes e a sua satisfação com as tradicionais consultas presenciais. Contudo, há ainda poucos estudos que avaliem a experiência do utente com as consultas telefónicas, especialmente no acompanhamento por uma infeção como a COVID-19, havendo a necessidade de conhecer os pontos positivos e negativos deste acompanhamento de modo a fornecer ao utente uma experiência tão positiva quanto possível. Sem dúvida que a telessaúde surge assim como uma oportunidade para o futuro dos cuidados de saúde, mesmo após a crise da COVID-19, sendo fundamental otimizar estas práticas para torná-las, o mais possível, práticas sustentáveis e eficazes.

De salientar ainda que o Fórum Económico Mundial (FEM) (2016) defende que a digitalização na saúde terá um profundo impacto no sistema de saúde do futuro, tornando-o um sistema de saúde "centrado no consumidor", que permite aos cidadãos deterem mais responsabilidade para gerir os seus cuidados de saúde. Esta mudança

está relacionada com os conceitos de *empowerment* do paciente e de tomada de decisões partilhadas no âmbito dos cuidados de saúde. O FEM destacou que a Saúde Digital transformará os modelos de negócios da Indústria Farmacêutica e Biomédica, permitindo que esta indústria ative novos negócios e melhore significativamente a sua vantagem competitiva (FEM, 2016). Estes desenvolvimentos implicarão mudanças importantes no diagnóstico, tratamento, prevenção e gestão das unidades de saúde. Além disso, o local da prestação de cuidados de saúde pode mudar dos hospitais/CS para casa dos cidadãos, o que implicará mudanças na forma como os sistemas de saúde estão organizados e são financiados, o tipo de profissionais necessários e o papel destes profissionais e dos pacientes. Embora este desenvolvimento procure reduzir a pressão sobre a força de trabalho, diminuir os custos e melhorar a centralidade no paciente, isso não diminui a necessidade de avaliação e monitorização rigorosa na implementação da saúde digital. Como para outras inovações, tais promessas podem ou não se materializar e os benefícios potenciais também podem ser acompanhados por efeitos negativos a curto ou longo prazo (Ricciardi et al., 2019).

## **3. Fundamentação teórica**

### **3.1. Conceito de satisfação**

O termo satisfação deriva do latim *satisfactio* e define-se como a ação de concretizar um desejo ou necessidade (Academia das Ciências de Lisboa, 2001). A satisfação pode, assim, ser entendida como uma atitude que pode ser medida através da recolha de opinião, compreendendo aspetos afetivos e cognitivos, sendo uma consequência da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada indivíduo (Graça, 1999).

Este conceito está relacionado com fatores sociais, políticos, éticos, económicos e tecnológicos, passando a ser divulgado no meio empresarial desde o início dos anos 50 (Ramos, 2013).

De acordo com Oliver (1997), a satisfação do consumidor pode ser analisada a vários níveis, nomeadamente:

- Do consumidor – a satisfação é uma condição final resultante do consumo ambicionado por este, que poderá ser uma experiência agradável, sem necessidade de procedimentos adicionais ou ser a consequência de uma decisão errada.
- Da empresa – o interesse da satisfação aplica-se ao efeito do passa-a-palavra e ao controlo das organizações de defesa do consumidor.
- Da indústria - a satisfação é relevante ao nível das preferências dos consumidores, na medida em que as indústrias que proporcionam resultados benéficos no que concerne ao bem-estar dos consumidores são as prediletas dos mesmos.
- Da sociedade - os elementos da sociedade mais satisfeitos são os que conquistam melhores resultados, quer na vida profissional, quer na pessoal.

Segundo Franco (1999), assiste-se a uma crescente preocupação com a satisfação, fazendo com que os mercados estejam mais exigentes com o nível de qualidade dos produtos e serviços. Tudo isto obriga as organizações a melhorarem a sua competitividade e a procurarem fatores que as distingam positivamente das restantes. O autor defende ainda que um consumidor satisfeito é um consumidor fiel e cooperador. Além disso, um bom nível de satisfação dos consumidores faz com que os profissionais se sintam motivados, o que contribuirá para fornecerem serviços de elevada qualidade.

Na saúde, numa perspetiva histórica, muito do trabalho efetuado no âmbito da satisfação dos utentes foi desenvolvido na década de 70, quando o consumismo estava em ascensão (Ramos, 2013). Atualmente, há ainda alguma discussão sobre como definir a satisfação do utente na área da saúde.

Fitzpatrick (1997) define satisfação dos utentes como a avaliação dos cuidados de saúde recebidos, englobando as reações emocionais e cognitivas aos cuidados e salientando a ansiedade e as incertezas associadas à situação de doença. Por sua vez, Goldstein et al. (2000) definem satisfação em saúde como as reações do utente aos aspetos do serviço recebido, que está sempre relacionada às suas expectativas, ou seja, pode mudar quando as expectativas do utente ou os seus padrões comparativos mudam, mesmo quando o serviço de saúde recebido seja igual. Assim, pode dizer-se que o utente está satisfeito quando a sua experiência de interação com o serviço superou as suas expectativas (Hespanhol, 2005).

Strasser et al. (1993) propõem um modelo amplo, em que a satisfação do utente:

- Baseia-se nas perceções humanas, que podem ou não ter uma base real objetiva - a “realidade do utente”;
- É um conceito multidimensional – os utentes podem estar satisfeitos com um determinado aspeto e não com outro;
- É um processo dinâmico – altera-se com o tempo e com o contexto;
- Resulta em atitudes, quer expressas cognitivamente (por exemplo, “este médico é competente”) ou afetivamente (por exemplo, “sinto-me desconfortável quando estou com este médico”), as quais podem desencadear comportamentos;
- Pressupõe o funcionamento da pessoa a dois níveis – como avaliador dos cuidados de saúde (satisfação como variável efeito) e como modelador de comportamentos de saúde futuros (satisfação como variável causal);
- É um processo individualizado, devido às diferenças relacionadas com fatores sociodemográficos, valores, religião, expectativas, experiências passadas e estado de saúde atual.

A satisfação é assim um conceito multidimensional e complexo, constituindo um indicador da qualidade do serviço de saúde e revestindo-se de grande importância do ponto de vista da identificação dos problemas a corrigir com vista à reorganização dos serviços e melhoria da qualidade (Neves, 2002, cit. in Lourenço, 2008). Donabedian (1980, cit. in Pontinha, 2011) dá ênfase a esta questão, considerando que a satisfação dos utentes deverá ser considerada um indicador importante para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Além de um parâmetro de avaliação, identificar a

satisfação dos utentes com os cuidados recebidos é também uma forma de os envolver na própria prestação de cuidados, salientando que são eles a prioridade dos cuidados de saúde (Santos et al., 2007).

Santos et al. (2007) apresentam o modelo dinâmico da satisfação do utente (Figura 4), onde a satisfação é vista quer como variável dependente, resultante da qualidade da prestação do serviço de saúde, quer como variável independente, permitindo prever a efetividade dos cuidados de saúde. Desta forma, o utente não é apenas um juiz passivo dos cuidados, mas, pelo contrário, é um agente ativo no processo de satisfação, fazendo com que esta seja um processo dinâmico, por oposição à satisfação com um produto. As cognições e as emoções do utente desencadeiam um determinado nível de satisfação que, por sua vez, gera comportamentos na relação com os cuidados de saúde, que podem ser de continuidade, de evitamento ou de alteração da relação. Estas mudanças comportamentais levam a alterações na relação com os cuidados, do que resulta uma nova experiência de satisfação, e assim sucessivamente.

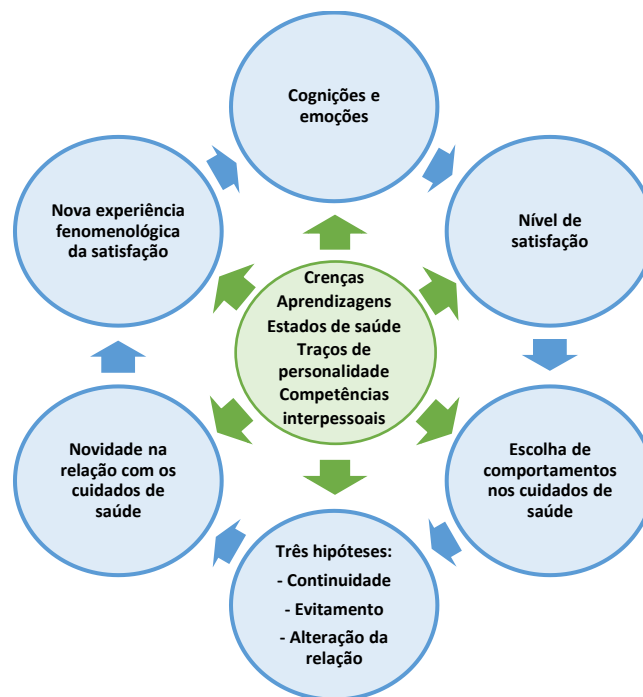


Figura 4- Modelo dinâmico da satisfação do utente.

Fonte: Adaptado de Santos et al. (2007).

Em Portugal, é reconhecida a opinião do utente, encontrando-se legislada na base 2 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), expressando a necessidade de avaliação permanente dos cuidados de saúde, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa, sobre a qualidade dos serviços, o grau de

satisfação dos utentes e profissionais e a utilização razoável dos recursos em termos de custos e benefícios.

Ferreira et al. (2001) destaca ainda que é importante ouvir os utentes porque são normalmente estes quem melhor conhece qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, vontades e prioridades diferentes dos profissionais. O Ministério da Saúde (2007) acrescenta que a medição da satisfação dos utentes permite identificar necessidades potenciais, áreas de atuação prioritária e oportunidades para a construção de um Serviço Público de excelência e centrado no utente. Estudar a satisfação é, assim, uma oportunidade para refletir sobre os comportamentos da equipa de saúde responsável pelos cuidados, para melhorar os serviços de saúde e a sua organização, de forma a conseguir corresponder eficaz e atempadamente às necessidades dos utentes e obter melhores resultados.

Com o aumento da despesa com a saúde e com as limitações orçamentais, é cada vez mais importante que a prestação de cuidados satisfaça as necessidades dos utentes. Por isso, a avaliação da satisfação dos utentes é atualmente reconhecida como um valor a adicionar a outras medidas, como o estado de saúde ou a qualidade de vida, e já é considerada uma componente indispensável para a avaliação da qualidade dos cuidados, havendo evidência da sua correlação com os próprios resultados em saúde (Ferreira, 2017). Os dados de satisfação são normalmente usados para duas finalidades: para avaliar os cuidados prestados e para prever os comportamentos dos utentes enquanto “consumidores”, nomeadamente saber se recomendam as unidades de saúde que normalmente frequentam ou se voltariam, se necessário, às mesmas unidades (Ware et al., 1977).

Para avaliar a satisfação do utente é necessário o recurso a instrumentos rigorosos, cientificamente adaptados e validados para a realidade que é objeto dessa avaliação. Contudo, a variedade de ferramentas existentes, constitui muitas vezes um obstáculo para a obtenção de resultados de cariz científico. Além disso, os mesmos dados são colhidos por diferentes entidades, com diferentes objetivos e em níveis diferentes da prestação de cuidados, pelo que se torna necessário uniformizar a avaliação da satisfação, para que esta possa funcionar como um indicador válido, que permita estabelecer comparações entre diferentes serviços e/ou organizações (Guadagnino, 2003). Além disso, torna-se importante o uso de outras metodologias de avaliação da satisfação, para além dos questionários, e a comparação sistemática dos resultados obtidos através de diferentes abordagens metodológicas e de diferentes perspetivas de

investigação sobre o fenómeno em estudo (triangulação dos resultados) (Aspinal et al., 2003).

Desta forma, pode dizer-se que a satisfação pode ser avaliada com o recurso a métodos quantitativos e/ou qualitativos e, se possível, deve ter-se em conta os resultados da aplicação conjugada dos dois. Os primeiros são os questionários compostos por questões fechadas, as quais surgem associadas a escala de valores para mensuração das respostas e quantificação da satisfação. Estes são os mais usados, embora sejam algo reducionistas pois não abordam aspetos subjetivos da satisfação (Aspinal et al., 2003). Em alternativa, e/ou complementarmente, os métodos qualitativos permitem ao utente expressar a sua opinião a partir de um leque mais amplo de questões, o que poderá resultar melhor no caso de grupos difíceis, como, por exemplo, os pacientes idosos (Esperidião e Trad, 2005). Este tipo de método geralmente requer a presença de um investigador ou de um entrevistador, tornando-se um método mais demorado, o que pode inibir o utente entrevistado, comprometendo a honestidade das respostas, pois o utente pode ter receio de vir a sofrer represálias (Aspinal et al., 2003).

### **3.2. Qualidade dos serviços**

Nos últimos anos, o crescente conhecimento dos utentes sobre os seus direitos, tem colocado pressão nas organizações de saúde para avaliarem a qualidade dos cuidados prestados. Este conceito de qualidade foi disseminado a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e adaptado à saúde, particularmente por Avedis Donabedian (Pontinha, 2011).

Juran e Gryna (1991) defendiam que a qualidade representa as características do produto, que vão ao encontro das necessidades do utente e, por consequência, vão proporcionar satisfação em relação ao produto.

Para Kotler (1998), a qualidade percebida está intrinsecamente ligada com o nível de satisfação do cliente e, por sua vez, a satisfação depende da diferença entre o desempenho percebido e as expectativas. Desta forma, Slack et al. (2002) apresentam três possibilidades referentes às ligações entre as expectativas e as perceções dos clientes:

- Expectativas < Perceções: a qualidade percebida é boa.
- Expectativas = Perceções: a qualidade percebida é aceitável.
- Expectativas > perceções: a qualidade percebida é má.

Consequentemente, conhecer as expectativas dos clientes a respeito da qualidade do serviço prestado contribui para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, quer por parte do gestor, pois conhecer as expectativas dos clientes permite-lhe estabelecer melhor as suas estratégias e ações, quer por parte dos próprios profissionais, pois entendendo a qualidade do ponto de vista dos seus clientes estarão mais aptos para corresponder às suas expectativas (Slack et al., 2002).

Os clientes avaliam o desempenho dos serviços usando dois padrões: o nível de serviço desejado, que pode ser designado de serviço máximo aceitável e o nível de serviço adequado, que pode ser designado de serviço mínimo aceitável. Entre estes dois níveis encontra-se a zona de tolerância, que é diferente de cliente para cliente (Zeithaml et al., 1993, cit. in Ramos, 2013).

Parasuraman et al. (1985) defendiam um conjunto de dimensões da qualidade de um serviço, as quais originaram o modelo SERVQUAL, a saber:

- |                    |                                        |
|--------------------|----------------------------------------|
| 1. Acessibilidade; | 6. Fiabilidade;                        |
| 2. Comunicação;    | 7. Atendimento/Capacidade de resposta; |
| 3. Competência;    | 8. Segurança;                          |
| 4. Cortesia;       | 9. Tangibilidade;                      |
| 5. Credibilidade;  | 10. Conhecimento do cliente.           |

Em 1988, após alguma investigação, o modelo de avaliação da qualidade foi reformulado por estes mesmos autores, resumindo as dez dimensões da qualidade em apenas cinco, originando a escala de medição SERVQUAL (Tabela 3). Esta escala tem sido largamente utilizada para medir a qualidade dos serviços em diversos setores, pela recolha das expectativas prévias à prestação do serviço e a perceção após a prestação do mesmo. Consiste num questionário composto por duas avaliações: uma correspondente às expectativas com vinte e duas afirmações que procuram delinear as expectativas gerais do cliente em relação ao serviço e outra que procura medir o julgamento do cliente sobre o serviço prestado pela empresa com a qual teve experiência. A escala SERVQUAL serve assim como instrumento que permite medir a qualidade do serviço pela comparação entre as expectativas antes de adquirir o serviço e as perceções após adquirir o serviço (Parasuraman et al., 1988).

Tabela 3 – As cinco dimensões da escala SERVQUAL e a sua correspondência com os itens do questionário.

<b>DIMENSÕES DA ESCALA SERVQUAL</b>	<b>ITENS CORRESPONDENTES AO QUESTIONÁRIO</b>
<b>Tangibilidade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os equipamentos são modernos.</li> <li>2. As instalações físicas são visualmente agradáveis e atrativas.</li> <li>3. Os funcionários têm aspeto agradável.</li> <li>4. Os materiais de comunicação do serviço têm aspeto atrativo.</li> </ol>
<b>Fiabilidade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. A empresa fornece o serviço de acordo com o prometido.</li> <li>6. A empresa demonstra interesse sincero em resolver os problemas dos clientes.</li> <li>7. A empresa realiza bem o serviço e à primeira vez.</li> <li>8. A empresa realiza o serviço dentro do prazo prometido.</li> <li>9. As informações e registos estão isentos de erros.</li> </ol>
<b>Capacidade de resposta</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Os funcionários informam acerca de quando os serviços vão ser prestados.</li> <li>11. Os funcionários prestam serviços rápidos.</li> <li>12. Os funcionários estão sempre dispostos para ajudar.</li> <li>13. Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas e solicitações dos clientes.</li> </ol>
<b>Segurança</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Os funcionários transmitem confiança.</li> <li>15. Os clientes sentem-se seguros nas interações com a empresa.</li> <li>16. Os funcionários são amáveis e cordiais.</li> <li>17. Os funcionários têm os conhecimentos para responder às questões dos clientes.</li> </ol>
<b>Empatia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Atenção individualizada dada aos clientes.</li> <li>19. A empresa tem horários convenientes.</li> <li>20. Os funcionários prestam atenção personalizada aos clientes.</li> <li>21. Preocupam-se com os melhores interesses dos clientes.</li> <li>22. Os funcionários compreendem as necessidades dos clientes.</li> </ol>

Fonte: Adaptado de Silva (2014).

Segundo Buttle (1996, cit. in Ramos, 2013), este modelo apresentava alguns problemas uma vez que este assenta no paradigma da não confirmação das expectativas, em vez de assentar no paradigma da atitude. Outros autores defenderam o mesmo ponto de vista, considerando que a qualidade percebida é mais bem definida como uma atitude, propondo um instrumento corrigido da escala SERVQUAL, ao qual designaram SERVPERF, que utiliza somente as perceções dos consumidores acerca do desempenho de quem está a prestar o serviço para a medição da qualidade. Neste modelo, a qualidade do serviço é igual ao desempenho e a sua utilização é vantajosa pois reduz as questões a serem respondidas, facilitando a investigação. Através de um estudo que comparou as escalas SERVPERF e SERVQUAL, conclui-se que não existiam limitações quanto aos estimadores de fiabilidade e validade de ambas as escalas (Taylor, 1994). Também num estudo comparativo entre o modelo SERVQUAL e SERVPERF, Salazar

(2000) conclui que a avaliação do serviço resultante da avaliação da *performance* da empresa é a forma mais adequada para medir a qualidade do mesmo, ou seja, a diferença entre as expetativas e as perceções não dá informação adicional à contida apenas nas perceções.

Tendo em conta que a perceção da qualidade dos serviços é o resultado da comparação entre as expetativas dos consumidores e a *performance* alcançada pelo serviço, Parasuraman et al. (1988) desenvolveram o Modelo dos *Gap's*. Com este modelo foi possível identificar um conjunto de cinco falhas (*Gap's*) relativas à prestação de serviços (Figura 5), que podem dificultar o alcance da satisfação por parte dos consumidores, os quais podem ser resumidos da seguinte forma:

- *Gap 1*: Representa a discrepância entre as expetativas do cliente e as perceções da gestão. As expetativas e necessidades do cliente são interpretadas de forma incorreta - diferença de perceção da gestão.
- *Gap 2*: Representa as diferenças existentes entre as especificações de qualidade do serviço e as perceções da gestão face às expetativas do cliente. Este aspeto vai afetar a qualidade do serviço na perspetiva do cliente - diferença de especificação da qualidade.
- *Gap 3*: Representa a discrepância entre as perceções da gestão e as especificações da qualidade do serviço. Diz respeito à conformidade entre o projeto do serviço e o serviço prestado - diferença de prestação de serviços.
- *Gap 4*: Representa a discrepância entre o serviço prestado e a comunicação externa com o cliente - diferença de comunicação.
- *Gap 5*: Representa a discrepância entre o serviço esperado e o serviço recebido - diferença da qualidade de serviço percebida.

Os *Gap's* 1, 2, 3 e 4 estão relacionados com o prestador de serviços, enquanto o *Gap 5* está relacionado com o cliente (Zeithaml et al., 1990). Através deste modelo é possível identificar os principais pontos da qualidade de um serviço e os diferentes fatores que o afetam (Figura 5).

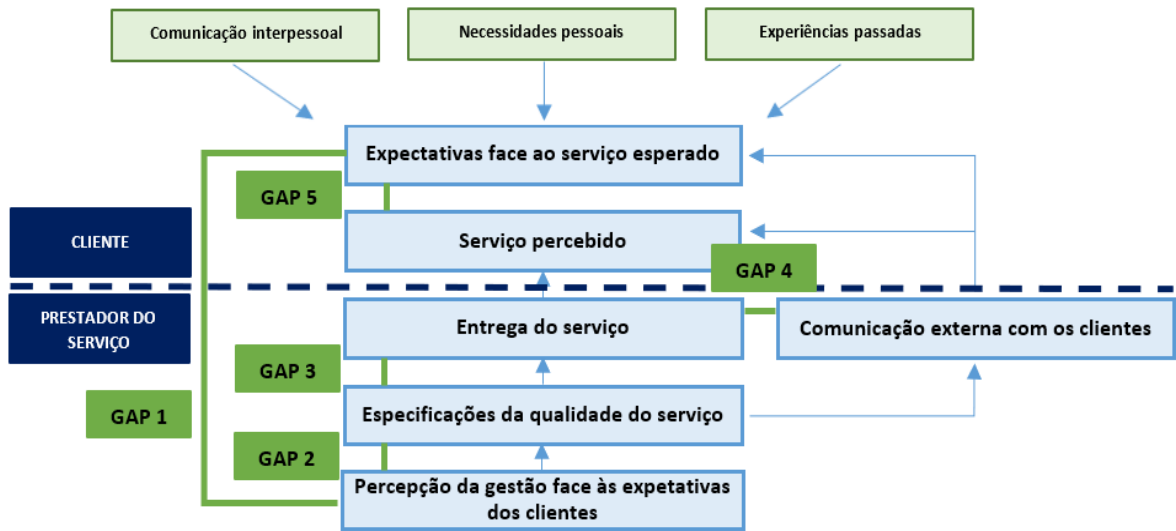


Figura 5 – Modelo dos Gap's.

Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1985, pagina 5).

A qualidade de um mesmo serviço pode também ser diferente para diferentes clientes e para o mesmo cliente em diferentes tempos pois as pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos da vida, sendo este um conceito subjetivo (Imperator, 1999).

Deve-se, também, ter em consideração que a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores, uma vez que é orientada para as necessidades (e não simplesmente para a procura), é de carácter pró-ativo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde (Pisco & J. Biscaia, 2001). Nesta área, o Modelo de Donabedian, dos anos 80, considera três áreas fundamentais, designadas por componentes de avaliação, para a qualidade dos serviços, a saber (Donabedian, 1990):

- Estrutura – características dos prestadores de cuidados, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, bem como, do ambiente físico das organizações em que trabalham.
- Processo – conjunto de atividades realizadas entre prestadores de cuidados e doentes (tais como os testes e os procedimentos de diagnóstico), a relação entre o que presta e o que recebe os cuidados e a capacidade técnica.
- Resultado – impacto no estado de saúde atual ou futuro do paciente e a sua satisfação.

Donabedian definiu, ainda, o conceito de qualidade em saúde através de um conjunto de atributos desejáveis, designando-os por “Sete Pilares da Qualidade” (Tabela 4). Estes

pilares revolucionaram o setor levando a uma maior preocupação com o bem-estar dos pacientes, com a visibilidade das instituições de saúde pela sociedade e a reflexão dos profissionais sobre os serviços prestados (Portela, 2000).

Tabela 4– Sete pilares da qualidade em saúde de Donabedian.

<b>PILARES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Eficácia</b>	Obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis.
<b>Efetividade</b>	Grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efetivamente obtida.
<b>Eficiência</b>	Habilidade em diminuir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade dos mesmos.
<b>Otimização</b>	Equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e o seu custo.
<b>Aceitabilidade</b>	Adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos utentes e dos gestores.
<b>Legitimidade</b>	Conformidade dos serviços de acordo com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas e nos costumes.
<b>Equidade</b>	Conformidade de acordo com o princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados de saúde entre os membros de uma população.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990; Righi, Schmid e Venturini, 2010, cit. in Pontinha, 2011.

Mais tarde, de forma a simplificar a avaliação do conceito de qualidade, Donabedian (1980, cit. in Pontinha, 2011) apresentou 3 dimensões:

- Técnica – refere-se à aplicação, atualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do utente;
- Interpessoal – refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o utente;
- Ambiental - diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecido ao utente.

Em resumo, a qualidade em saúde é um processo contínuo de atividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objetivo de melhorar a qualidade efetiva dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2007). Em Portugal, tem-se verificado um claro empenho na implementação do conceito de qualidade em saúde, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com vários projetos e programas em desenvolvimento no âmbito da melhoria da qualidade.

### **3.3. Instrumentos de avaliação da satisfação**

#### **3.3.1. *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)***

O *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)* resultou de um estudo que começou a ser desenvolvido em 1994 por um grupo de investigadores, liderado por Richard Grol, do Centro para a Investigação para a Qualidade de Cuidados da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Nijmegen, na Holanda, financiado por um programa da União Europeia, designado Biomed (Grol & Wensing, 2000).

Este estudo teve como objetivos criar um instrumento de medição da satisfação dos utilizadores dos CSP, fornecer informação útil para a governação em saúde e avaliar a perceção que os utentes dos CS têm relativamente aos cuidados prestados. Para isso, contou com investigadores de oito países (Alemanha, Dinamarca, Holanda, Israel, Noruega, Portugal, Reino Unido e Suécia), desenvolvendo-se em 3 fases (Grol, Wensing & Mainz, 2000; Grol & Wensing, 2000):

- 1ª fase - estudo das prioridades: decorreu entre 1994 e 1995, altura em que foi feito o levantamento e a comparação das necessidades dos utentes. Foram selecionados indicadores de qualidade dos cuidados da MGF, de forma a refletirem as prioridades dos utentes.
- 2ª fase - estudo de avaliação: decorreu entre 1995 e 1997. Nesta fase, foram utilizados os indicadores selecionados na fase anterior para se desenvolver um instrumento internacionalmente padronizado de forma a avaliar os CSP.
- 3ª fase - estudo final: decorreu entre 1998 e 1999, na qual foi aplicado o instrumento EUROPEP em vários países da Europa e foram identificados aspetos específicos da prestação dos CSP.

Atualmente, o questionário EUROPEP encontra-se traduzido e validado em 15 línguas, com o reconhecimento da *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)*. Portugal participou neste grupo europeu através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, entidades responsáveis pela criação, teste e validação da versão portuguesa (Ferreira et al., 2005; Ferreira et al., 2017).

Em 1998, foi feita a escolha definitiva das vinte e três questões que o compõem e a sua validação final, encontrando-se as questões divididas em cinco indicadores-chave, a saber (Costa, 2011) (Tabela 5):

- 1) Relação médico-utente;
- 2) Assistência médica e técnica;
- 3) Informação e apoio;
- 4) Continuidade e cooperação;
- 5) Organização dos serviços.

Para responder às questões, é utilizada uma escala de Likert que varia entre o valor 1 (valor mínimo) e o 5 (valor máximo) (Costa, 2011).

Tabela 5 – Questionário EUROPEP.

INDICADOR - CHAVE	ITENS CORRESPONDENTES AO QUESTIONÁRIO
<b>Relação médico-utente</b>	1. fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas? 2. interesse nos seus problemas de saúde? 3. facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao seu Médico? 4. forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o seu Médico lhe prestou? 5. forma como o seu Médico o/a ouviu? 6. confidencialidade da informação sobre o seu processo?
<b>Assistência médica e técnica</b>	7. alívio rápido dos seus sintomas? 8. ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias? 9. atenção dispensada? 10. exame que o seu Médico lhe fez? 11. oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, <i>check-ups</i> e vacinas)?
<b>Informação e apoio</b>	12. explicação detalhada dos objetivos dos exames e dos tratamentos prescritos? 13. informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença? 14. ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde? 15. encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?
<b>Continuidade e cooperação</b>	16. conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores? 17. preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?
<b>Organização dos serviços</b>	18. apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos? 19. facilidade em marcar uma consulta no Centro de Saúde? 20. facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde? 21. facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família? 22. tempo que esperou na sala de espera? 23. rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?

Fonte: Adaptado de Ferreira e Raposo (2006, cit. in Costa, 2011).

### 3.3.2. *Patient Satisfaction Questionnaire short form (PSQ)*

O questionário *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) é um instrumento multidimensional, desenvolvido por Ware, Snyder e Wright, que na sua forma original era constituído por oitenta itens. Após consecutivas alterações, originou-se sucessivamente os seguintes questionários: PSQ I, PSQ II e PSQ III, sendo que este

último era constituído por cinquenta itens, abordando sete dimensões da satisfação dos cuidados de saúde, nomeadamente (Costa, 2011): 1. Satisfação geral; 2. Qualidade técnica; 3. Relações interpessoais; 4. Comunicação; 5. Aspetos financeiros; 6. Tempo de espera pela consulta e 7. Acessibilidade. Posteriormente, foi desenvolvido um questionário mais rápido, constituído por apenas dezoito itens, focando as mesmas sete dimensões do PSQ III. Este questionário utiliza-se em situações onde a necessidade de brevidade impeça o preenchimento do PSQ III original (Marshall & Hays, 1994, cit. in Costa, 2011).

### **3.3.3. *The General Practice Assessment Survey (GPAS)***

O *The General Practice Assessment Survey (GPAS)* foi desenvolvido pelo *National Primary Care Research and Development Centre* de Manchester, baseado no instrumento *The Primary Care Assessment Survey (PCAS)* utilizado nos Estados Unidos. É um instrumento de avaliação da satisfação multidimensional utilizado no Reino Unido constituído por cinquenta e três questões agrupadas num total de treze dimensões, nomeadamente (Ramsay et al., 2000):

- 7 dimensões de resposta múltipla:
  1. Acesso;
  2. Aspetos técnicos do cuidado;
  3. Comunicação;
  4. Relações interpessoais;
  5. Confiança;
  6. Conhecimento do utente;
  7. Cuidados de enfermagem;
- 2 dimensões de resposta simples:
  8. Admissão;
  9. Continuidade de cuidados;
- 4 dimensões de resposta única:
  10. Referenciação;
  11. Organização dos cuidados;
  12. Recomendação;
  13. Satisfação global.

### **3.3.4. *The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)***

O *General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)* foi desenvolvido a partir do questionário GPAS. A principal diferença entre o GPAS e o GPAQ é que este último é mais curto (Ramsay et al., 2000).

### **3.3.5. Telessaúde**

Em 2021, Hajesmaeel-Gohari e Bahaadinbeigy procuraram fazer uma revisão acerca dos questionários mais usados para avaliar os serviços de telessaúde. Entre os questionários específicos relacionados com telessaúde, os mais utilizados foram o *Telehealth Usability Questionnaire (TUQ)* (19%) e o *Telemedicine Satisfaction Questionnaire (TSQ)* (13%). O TUQ foi desenvolvido em 2016 e avalia a utilização dos serviços de telessaúde, sendo composto por vinte e um itens baseados em seis critérios, a saber: utilidade (3 itens), facilidade de uso e aprendizagem (3 itens), qualidade da interface (4 itens), qualidade da interação (4 itens), confiabilidade (3 itens) e satisfação e uso futuro (4 itens) (Parmanto et al., 2016, cit. in Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021). O TSQ, desenvolvido por Yip et al. (2003, cit. in Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021), é composto por catorze itens para avaliar a satisfação do paciente com o uso da telemedicina.

## **3.4. Satisfação dos utentes em Portugal nos CSP**

Internacionalmente, os resultados dos estudos de satisfação dos utentes têm mostrado níveis elevados de satisfação (William, et al., 1998, cit. in Santos, 2007). Em concordância com o exposto, os resultados de insatisfação são muito baixos em países tão diferentes como o Canadá, os Estados Unidos da América, a Finlândia e a Inglaterra, onde apenas 5% dos inquiridos se mostram insatisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são prestados (Cabral, 2002).

Esta tendência generalizada dos inquéritos obterem resultados elevados de satisfação tem levado a alguma reflexão ao nível da comunidade científica sobre alguns aspetos teóricos e metodológicos dos estudos de satisfação. No entanto, estes aspetos não devem diminuir a importância deste tipo de estudos, devendo, sim, alertar para a necessidade de uma boa definição do que se pretende medir realmente. De sublinhar que, tal como pode ser observado de seguida, os principais estudos de satisfação realizados em Portugal são muito heterogéneos, divergindo bastante quer em termos das metodologias utilizadas, quer ao nível das dimensões de satisfação estudadas e do tipo de instituição de saúde sob avaliação (Santos et al., 2007).

Pereira et al. (2001) realizou um estudo denominado “A satisfação dos utentes e atitudes face aos Médicos e à Medicina” na sub-região de saúde de Braga, aplicando o Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente e a Escala de Atitudes Face aos Médicos e Medicina a uma amostra de 137 utentes de três CS, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos. Os resultados mostraram que existe uma relação significativa entre a satisfação global, as várias dimensões da mesma e as atitudes que estes mesmos utentes têm face aos médicos e à medicina. Estas atitudes relacionam-se com a qualidade técnica percebida, a qualidade das relações estabelecidas, a comunicação, a avaliação global dos serviços e a acessibilidade aos mesmos. Os utentes mais satisfeitos são aqueles que revelaram um nível mais elevado de atitudes positivas. Em relação às outras variáveis, o estudo revelou que variáveis como o género e a frequência de utilização dos serviços são as preditoras mais importantes na satisfação e atitudes dos utentes. Em contrapartida, o facto de ter ou não Médico de Família foi uma variável pouco relevante. Assim, constatou-se que as mulheres estão menos satisfeitas que os homens e que são as que procuram mais vezes os serviços de saúde. Por sua vez, os utentes que mais utilizam os serviços apresentam melhores avaliações dos serviços ao nível da comunicação e relações interpessoais.

Cabral et al. (2002), em “Saúde e Doença em Portugal”, implementaram um estudo cujo objetivo era identificar os problemas específicos no campo da saúde em Portugal, os quais levariam ao estabelecimento das respetivas prioridades. Em relação aos CS, os resultados apresentaram uma satisfação global positiva, mais especificamente, quanto às condições das instalações, o horário de funcionamento e o atendimento de enfermagem, que receberam uma avaliação entre 62% e 67% nas categorias de “Bom” e “Muito Bom”. Relativamente ao tempo de espera para consulta e para ser atendido, constatou-se que 31,1% dos pacientes atribuíram a categoria “Mau” e 34,2% atribuíram a categoria “Muito Mau”. Quanto à avaliação global dos cuidados prestados, 49,3% (n=672) fizeram uma avaliação como “Boa” ou “Muito Boa” e apenas 13,0% (n=177) consideraram-na como “Má” e “Muito Má”. A opinião dos inquiridos acerca do desempenho do Médico de Família em consulta foi também, globalmente, muito positiva, sendo atribuída as categorias que avaliam o desempenho como “Bom” ou “Muito bom” em, pelo menos, 78% das respostas para as várias questões elaboradas. A fim de dar continuidade ao estudo instituído em 2001-2002 e para analisar as tendências evolutivas decorridas desde esse ano, em 2008, foi implementada a continuação do projeto “Saúde e Doença em Portugal”. Este estudo demonstrou que os utentes que recorreram mais a consultas nos CS foram as mulheres, os utentes mais idosos, menos escolarizados e de nível socioeconómico mais baixo. As regiões do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo distinguiram-se por registarem menos consultas nos

CS. A avaliação global dos CS foi, em média, ainda mais positiva do que em 2001 (Cabral & Silva, 2009).

O Projeto MoniQuor consistiu na monitorização e avaliação da qualidade organizacional dos CS, tendo como referência os critérios do modelo de autoavaliação da *European Foundation for Quality Management* (EFQM). O seu instrumento de avaliação consiste num conjunto de 163 critérios, organizados em seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos), que permitem autoavaliação, avaliação interpares e avaliação externa. Este estudo realizou-se em quatro momentos: no 1º momento, em 1998, participaram 290 CS; na 2ª avaliação, em 2000, aderiram 102 CS; na avaliação cruzada, em 1999 (3º momento), participaram 109 CS e por fim, em 2004 (4º momento), estiveram envolvidos 186 CS. Este projeto teve como objetivo medir o grau de satisfação dos utentes em relação a cinco dimensões na prestação de cuidados: 1) Relação médico-utente; 2) Parte técnica dos cuidados; 3) Informação dada aos utentes; 4) Perceção de cooperação e 5) Articulação entre os vários profissionais e a organização dos serviços. Os resultados do projeto revelaram que, relativamente à satisfação com os CS, 56%, 52% e 44% dos utentes estavam satisfeitos com a competência e cortesia dos médicos, dos enfermeiros e dos administrativos, respetivamente. Cerca de 54% dos utentes estavam satisfeitos com a limpeza, 45% estavam satisfeitos com o horário e atendimento do médico de família e 40% estavam satisfeitos com o conforto geral do CS. Apenas 38% estavam satisfeitos com os cuidados ao domicílio fornecidos pelo CS (Instituto da Qualidade em Saúde, 2005).

O estudo “Avaliação dos doentes de cuidados primários”, de Ferreira (2001), foi realizado em 12 CS das sub-regiões de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, a um total de 290 utentes e teve como objetivo documentar e comparar as necessidades dos doentes nos CSP. Desta forma, foi possível observar que os utentes mais idosos valorizaram mais a avaliação crítica que o médico de família faz da utilidade dos medicamentos e da sua prescrição, enquanto os utentes mais novos deram mais valor às consultas domiciliárias do médico em caso de doença grave. Em termos de habilitações literárias, os utentes com menos escolaridade valorizaram mais a necessidade de o médico frequentar regularmente cursos e ações de formação para se manter atualizado e a sua avaliação crítica da utilidade dos medicamentos e prescrições. Por outro lado, utentes com maior nível de escolaridade, valorizaram mais que o tratamento prescrito pelo médico lhes permitisse desempenhar as suas tarefas diárias e que este lhes explicasse tudo sobre a sua doença.

O estudo “Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João” (Hespanhol et al., 2005), teve como objetivos conhecer a satisfação dos utentes que frequentam este CS no Porto. Os seus autores concluíram que os utentes mais idosos tendem a avaliar de forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais jovens. Além disso, os utentes com maior frequência de visitas ao CS tendem a avaliar de forma mais positiva os serviços prestados. Ao nível das habilitações literárias, os utentes com um maior nível de escolaridade tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os que têm menor nível de escolaridade. A satisfação com os aspetos do CS é maioritariamente positiva, com a exceção de três fatores relacionados com a acessibilidade, nomeadamente a deslocação até ao CS, a marcação e o tempo de espera pela consulta.

Santos et al. (2007) procuraram também conhecer aprofundadamente a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde com os cuidados prestados nos CS, para assim definirem as prioridades para a melhoria dos cuidados. Desta forma, entre janeiro a março de 2007, realizaram um estudo, intitulado “Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utes e Profissionais”, recorrendo a um método qualitativo, com o recurso a *focus groups*, como técnica de recolha de dados, num total de 103 indivíduos de dezasseis CS. Ao analisar os dados recolhidos, os autores definiram nove grandes vetores da satisfação/insatisfação com os cuidados, a saber:

- Fator humano: a satisfação dos utentes depende da qualidade das relações com os profissionais de saúde, tendo o médico de família um peso relativamente superior ao dos restantes profissionais;
- Acessibilidade: a falta de médicos, horários mais restritos e a localização menos apropriada do CS são das principais barreiras referidas à acessibilidade dos cuidados;
- Flexibilidade dos serviços: a capacidade de articular com outras instituições da comunidade, de forma a permitir uma resposta rápida e adequada às necessidades de cada utente;
- Relação de proximidade entre CS/comunidade: é importante a personalização do CS, tendo como foco organizacional e funcional a relação entre profissionais de saúde e utentes. Foi também realçada a importância do CS ter uma atitude proativa na criação de parcerias com outras instituições da comunidade e na gestão da saúde comunitária;
- Eficácia do sistema de informação: deverá existir um fluxo da informação que permita uma articulação efetiva entre prestadores de cuidados e facilitar a tomada de decisões mais eficientes;

- Desburocratização dos serviços: outra barreira referida foi o excesso de etapas administrativas antes e depois da consulta;
- Conceção arquitetónica dos CS: a localização urbanística do CS, a má acessibilidade por transportes públicos e a dificuldade em estacionar foram também alvo de críticas;
- Equidade: nos CS localizados no interior do país, em meios mais rurais, a articulação entre o CS e outros serviços como hospitais, laboratórios de análises clínicas, serviços de transportes de doentes, etc, foi identificada como uma prioridade para a reforma dos cuidados;
- Educação para a saúde: Foi salientada a necessidade de uma maior intervenção dos CS na promoção da literacia em saúde das suas populações.

Em 2008, foi levado a cabo um estudo pela Entidade Reguladora da Saúde, designado “Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, que teve como objetivo avaliar o grau e as diferenças existentes no acesso aos CSP nas seguintes dimensões: adaptação da oferta de médicos de família às necessidades das populações; dificuldades que os utentes sentem durante o processo administrativo; conformidade das condições de acolhimento dos utentes e o horário de funcionamento dos serviços. Com este estudo, realizado a 1031 utentes de 101 CS de Portugal Continental, conclui-se que os CSP estão próximos dos utentes e o seu horário de funcionamento foi referido por 84% dos utentes como sendo “Bom” ou “Razoável”. Quanto ao tempo de espera pela consulta, 54% dos utentes referiram que não excedeu uma semana embora classifiquem negativamente os CS, quando comparado com outros serviços privados. Os utentes referiram também menor facilidade de acesso aos CSP no Norte do país, como Vila Real, Bragança e Viseu, sendo que Faro, Coimbra e Castelo-Branco as regiões com maior facilidade de acesso (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

O questionário EUROPEP tem sido muito utilizado para avaliar a satisfação dos utentes nos CSP em Portugal. A sua primeira aplicação foi em 2000 aos utentes de 86 CS de Lisboa e Vale do Tejo, tendo sido recebidas 3 969 respostas, correspondendo a 40,5% dos utentes. No ano seguinte, o estudo expandiu-se aos utilizadores de 194 CS, num total de 4 714 indivíduos (Ferreira et al., 2001). De seguida, num estudo enquadrado num projeto do Instituto da Qualidade em Saúde, designado “A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde”, foi aplicado o mesmo questionário em todos os 365 CS existentes à época, obtendo-se 11 166 respostas representativas da população (Ferreira et al., 2005). Este estudo evidenciou que o indicador com que os utentes estavam mais satisfeitos era a relação médico-utente (67,6%) e o indicador com pior avaliação foi a organização dos serviços (42,8%). Em 2010, Ferreira et al. (2010) realizaram um estudo aos utilizadores

das 146 USF constituídas até então, obtendo 12 713 respostas, o que corresponde a uma taxa de respostas de 75,8%. Este revelou que o indicador com menor grau de satisfação foi atribuído à organização dos serviços (69,2%), salientando-se o tempo de espera para consulta com apenas 57,9% de satisfação. Os frequentadores das USF revelaram-se particularmente satisfeitos com a competência, a cortesia e o carinho dos enfermeiros (80,9%) e dos médicos (80,1%) (Ferreira et al., 2010). Em junho de 2015, foi realizado um novo estudo aos utentes de 125 USF e em algumas das 127 UCSP da região de Lisboa e Vale do Tejo. Foram recebidos 16 965 (89,0% de taxa de resposta), os quais revelaram um valor médio global de satisfação de 77,4%. As mulheres apresentaram uma satisfação ligeiramente menor do que a dos homens, o mesmo acontecendo aos jovens face aos mais idosos. As pessoas com menos habilitações literárias foram as que apresentaram melhores índices de satisfação. As USF tiveram sempre maior satisfação face às UCSP, com as USF modelo B com maior satisfação face às USF modelo A (Ferreira, 2017). Em 2016, Roque et al. (2016) publicaram um estudo realizado a 392 utentes de 20 USF do Norte de Portugal com o objetivo de avaliar a validade e a confiabilidade da versão portuguesa do questionário EUROPEP. A satisfação dos utentes apresentou cinco dimensões robustas e bem individualizadas, nomeadamente: a assistência médica, a assistência de enfermagem, os serviços de secretariado clínico, a acessibilidade e a organização dos serviços, com bons níveis de consistência interna.

### **3.5. Variáveis que influenciam a satisfação**

#### **3.5.1. Características sociodemográficas**

Tal como já apresentado anteriormente, as características sociodemográficas, como a idade, o género ou o nível de escolaridade podem influenciar a satisfação do utente com a prestação dos cuidados de saúde. No entanto, alguns autores defendem que a relação entre estas características e a satisfação é muito pequena, apesar de ter significância estatística (Carr-Hill, 1992).

Das várias características, parece que a idade é a variável que mais influencia a satisfação com os cuidados. Os utentes mais velhos, em geral, têm um maior nível de satisfação, o que pode resultar da forma mais delicada como tendem a ser tratados ou de terem expectativas mais baixas (Sitzia & Wood, 1997; McIntyre et al., 2002, cit. in Balsas, 2013).

Quanto ao género, alguns autores defendem que as mulheres, no geral, tendem a apresentar uma menor satisfação global com os cuidados de saúde, quando comparado com os homens (Sitzia & Wood, 1997).

Relativamente às habilitações literárias, Hall e Dornan (1990) defendem que os níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos. Contrariamente, Batbaatar et al. (2016) demonstraram que as mulheres e os utentes com maior nível de escolaridade tendem a estar mais satisfeitos com os cuidados que lhe são prestados. Neste mesmo estudo, não foram encontradas evidências estatisticamente significativas entre o estado civil e a satisfação.

Ferreira et al. (2020) pretenderam averiguar quais são os fatores determinantes da satisfação do paciente. Dados desse estudo revelaram que os utentes nas áreas rurais estão mais satisfeitos do que nas áreas urbanas, mas essa satisfação diminui com o aumento do tamanho da unidade de saúde. Além disso, as mulheres, os utentes mais velhos e os utentes casados tenderam a estar mais satisfeitos. Uma experiência anterior na unidade de saúde também pareceu melhorar a satisfação do utente. Em termos geográficos, as regiões do Norte e Centro de Portugal apresentam um nível de satisfação superior quando comparadas com as restantes áreas (Ferreira, 2020).

### **3.5.2. Estado de saúde**

A OMS (2020) define saúde como um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença. O estado de saúde físico, psicológico e mental do utente é assim outra variável que pode afetar a perceção dos cuidados prestados, condicionando a sua satisfação. Estudos demonstram que a perceção que os utentes têm do seu estado de saúde influencia de forma muito significativa a sua satisfação global, sendo que os utentes que o classificam como excelente, estão geralmente mais satisfeitos, e os que o classificam como fraco, estão mais insatisfeitos (Pedro et al., 2010, cit. in Pontinha, 2011). Ribeiro (2005) referiu ainda que as alterações produzidas no estado de saúde do utente são resultado dos cuidados de saúde prestados. Logo, quando há uma melhoria no estado de saúde, há uma maior satisfação com os cuidados.

### **3.5.3. Otimismo disposicional**

O otimismo é definido como uma tendência para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico (Laranjeira, 2008). Segundo o antropólogo Tiger (1979, cit. in Rocha, 2011, p.11), pode também ser definido como “uma disposição ou atitude associada a uma expectativa sobre o futuro material ou social que o avaliador olha como socialmente desejável para o seu proveito ou prazer”.

Segundo Scheier e Carver (1985, cit. in Rocha, 2011), o otimismo e o pessimismo disposicionais podem ser definidos como expectativas generalizadas positivas ou negativas, relativamente estáveis, que aumentam ou diminuem o bem-estar físico e mental. Assim, os indivíduos otimistas são aqueles que, quando confrontados com adversidades, têm a expectativa de as ultrapassar e de alcançar resultados positivos.

Na saúde, os utentes que têm uma visão positiva da vida parecem estar em vantagem em relação àqueles que são mais negativos, pois são capazes de enfrentar o stress e os problemas associados à doença. Os estudos têm refletido a influência positiva do otimismo nos processos adaptativos suscitados pela doença (Sultan & Bureau, 1999, cit. in Laranjeira, 2008).

### **3.6. Modelo de análise**

Com a pandemia, houve uma reorganização dos CS e da forma como os cuidados foram prestados, procurando fornecer na mesma aos cidadãos, uma boa acessibilidade, continuidade e qualidade de cuidados. Neste processo de reorganização, considerou-se importante ouvir a opinião dos utentes, no sentido de monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e identificar e corrigir eventuais problemas.

Tendo por base tudo o que foi exposto anteriormente, coloca-se a seguinte questão: “Como se caracteriza a satisfação dos utentes da USF Santa Joana com o acompanhamento COVID-19 e quais os seus principais determinantes?”.

A variável dependente do estudo é a Satisfação dos Utesntes a qual integra um conjunto de dimensões:

- Relação médico-utente;
- Assistência médica e técnica;
- Informação e apoio;
- Continuidade e cooperação;
- Organização dos serviços;
- Satisfação global;
- Satisfação ECSI.

As variáveis independentes são:

- Características sociodemográficas (idade; género; habilitações literárias; situação profissional);
- Doenças/estados de saúde associados;
- Autoavaliação do estado de saúde;

- Otimismo disposicional;
- Cumprimento das etapas do acompanhamento COVID-19.

De acordo com a revisão da literatura já apresentada, na Figura 6 encontra-se representado o modelo de análise, que tem como objetivo identificar as variáveis que determinam a satisfação ou insatisfação dos utentes, que por sua vez irá determinar a perceção da qualidade dos cuidados recebidos e a intenção ou não de receber novamente os cuidados ou de recomendar os mesmos.

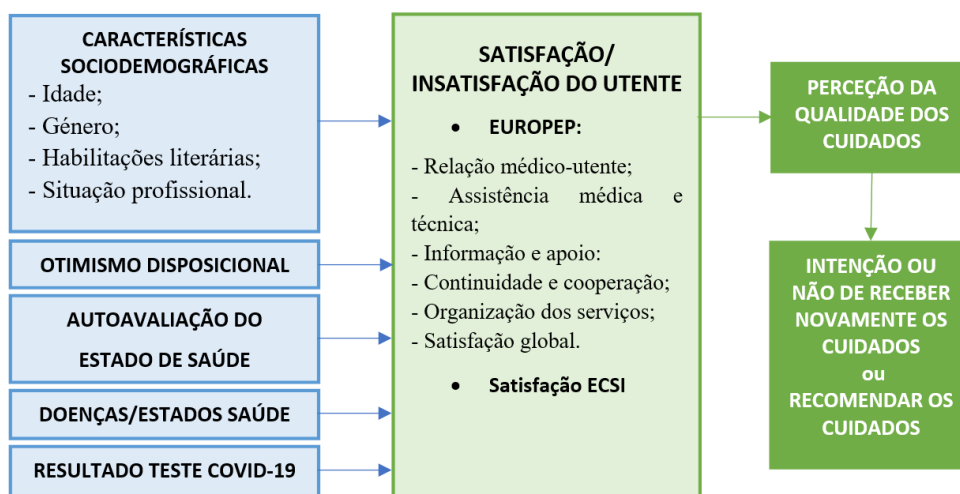


Figura 6 – Modelo de análise que esquematiza a relação entre as variáveis do estudo.

### 3.7. Objetivos da investigação

O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF Santa Joana com o acompanhamento prestado pela sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19, de novembro de 2020 a junho de 2021, permitindo deste modo uma reflexão de todos aqueles envolvidos na prestação de cuidados de saúde na USF acerca dos seus resultados, permitindo melhorar os cuidados de saúde prestados.

Neste sentido, os objetivos específicos desta investigação são:

- a) Avaliar a satisfação global dos utentes com o acompanhamento perante a suspeita ou infeção COVID-19;
- b) Descrever a experiência dos utentes com as teleconsultas realizadas devido à suspeita ou infeção COVID-19;

- c) Identificar os principais pontos positivos e negativos relatados pelos utentes, durante o acompanhamento com recurso à telessaúde na suspeita ou doença COVID-19;
- d) Identificar os indicadores que apresentam maiores e menores índices de satisfação, identificando potenciais áreas com necessidade de intervenção;
- e) Estudar a influência das variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações literárias e situação profissional) na satisfação dos utentes;
- f) Estudar a influência da variável “doenças/estados de saúde” na satisfação dos utentes;
- g) Estudar a influência da variável “autoavaliação do estado de saúde” na satisfação dos utentes;
- h) Estudar a influência da variável “otimismo disposicional” na satisfação dos utentes;
- i) Estudar a influência da variável “resultado do teste à COVID-19” na satisfação dos utentes;
- j) Identificar, através de um modelo de regressão linear, os principais fatores que contribuem para a satisfação dos utentes;
- k) Fornecer *insights* que permitam melhorar as habilidades e as capacidades dos profissionais da USF Santa Joana utilizarem a tecnologia ao dispor para efetuarem o acompanhamento destes utentes por telessaúde;
- l) Contribuir para a reflexão sobre os indicadores inerentes à satisfação dos utentes, de forma a promover futuras intervenções que melhorem os cuidados de saúde que são prestados aos utentes desta USF.

### **3.8. Questões da investigação**

Neste campo, apresentam-se algumas questões que servirão de orientação neste estudo:

1. Os utentes estão satisfeitos com os cuidados recebidos no acompanhamento prestado pela sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19?
2. Quais os principais pontos positivos no acompanhamento dos utentes com suspeita ou infeção COVID-19?
3. Quais os principais pontos negativos no acompanhamento dos utentes com suspeita ou infeção COVID-19?
4. Quais as variáveis preditoras da satisfação dos utentes acompanhados perante a suspeita ou infeção COVID-19?

## **4. Metodologia de investigação e resultados**

### **4.1. Tipo de estudo/abordagem de investigação**

Para a realização deste estudo utilizou-se uma abordagem quantitativa, através da elaboração e aplicação de um questionário. O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medição de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados à população em estudo (Fortin, 2009).

Inicialmente, realizou-se uma descrição da amostra com o maior nível de detalhe possível, recorrendo a técnicas de Estatística Descritiva. Depois da limpeza dos dados, a análise inicial incidiu sobre a sua ordenação, resumo através do cálculo de características amostrais e representações gráficas adequadas. Posteriormente, aprofundou-se a análise estatística por meio de inferências indutivas. Estas inferências fundamentam-se na teoria da probabilidade, supondo que os dados constituem uma amostra representativa de uma população mais vasta, procurando extrair conclusões sobre a população a partir da amostra (Pestana & Velosa, 2002). Começou-se pelo tratamento das variáveis uma a uma e considerando o objetivo de estabelecer relações entre elas, discutiu-se de um ponto de vista inferencial, a associação entre algumas das variáveis.

Epidemiologicamente, o estudo classifica-se como observacional pois o investigador apenas mede os resultados (não intervém no estudo) e do tipo descritivo e analítico, uma vez que, para além da sumarização dos dados, aborda, com alguma profundidade, as relações entre as diferentes variáveis, mais concretamente neste caso, as variáveis que se relacionam com a satisfação do utente com o acompanhamento COVID-19. Trata-se ainda de um estudo transversal pois os dados são recolhidos num determinado período de tempo (Fortin, 2009).

### **4.2. População e amostra**

O termo população refere-se ao conjunto de todos os elementos que têm interesse para o fenómeno em estudo. O elemento é a unidade de base da população, junto da qual a informação é recolhida (Fortin, 2009). Neste estudo, a população é constituída por todos os utentes acompanhados durante o período de vigência do mesmo (novembro de 2020 a junho de 2021), pela equipa de saúde da USF Santa Joana, por suspeita ou infeção COVID-19. Foram ainda definidos os seguintes critérios de exclusão:

- Utentes em vigilância apenas pela Saúde Pública;

- Uteses institucionalizados em ERPI, uma vez que foram acompanhados pela equipa médica da instituição;
- Uteses internados em hospital ou Unidade de Cuidados Continuados;
- Uteses que eram profissionais de saúde na USF Santa Joana;
- Uteses que faleceram durante ou após a infeção COVID-19;
- Uteses com menos de dezasseis anos, uma vez que em estudos de investigação prévios na USF verificou-se a não adesão dos utentes desta faixa etária.

Segundos os dados do Sistema de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) de novembro de 2020 a junho de 2021, foram acompanhados pela equipa de saúde da USF Santa Joana 1227 utentes por suspeita ou infeção COVID-19 (Figura 7). Após a análise detalhada do registo dos 1227 utentes, observou-se que 448 utentes apresentavam algum dos critérios de exclusão definidos anteriormente, nomeadamente: 162 tinham idade inferior a dezasseis anos, 127 utentes foram acompanhados por suspeita ou infeção COVID-19 noutro período temporal, 127 foram acompanhados apenas pela Saúde Pública, 13 faleceram, 9 estavam em ERPI, 6 eram profissionais da USF e 4 foram acompanhados apenas pelo hospital (Tabela 6). Desta forma, após a exclusão destes utentes, obteve-se um total de 779 utentes acompanhados no período do estudo.

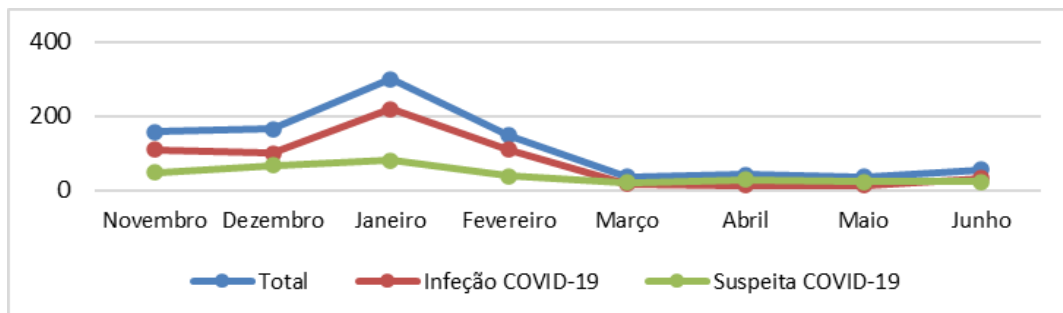


Figura 7- Uteses acompanhados pela USF Santa Joana durante os 8 meses do estudo.

Tabela 6 - Caraterização da população do estudo e dos utentes excluídos.

1227 UTENTES	
<p><b>779 UTENTES ACOMPANHADOS</b></p> <p> 339 utentes  440 utentes</p> <p><b>Idade média:</b> 43,9 ± 16,8 anos</p> <p>Dos 16 aos 95 anos.</p>	<p><b>448 UTENTES EXCLUÍDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em ERPI: 9</li> <li>• Fora do período selecionado: 127</li> <li>• Hospitalizados: 4</li> <li>• Óbitos: 13</li> <li>• Profissionais de saúde da USF: 6</li> <li>• Vigilância pela Saúde Pública: 127</li> <li>• Uteses com &lt; 16 anos: 162</li> </ul>

A definição dos elementos que compõem a população é fundamental para selecionar a amostra, pois quando existe dificuldade em estudar a população na sua totalidade, recorre-se a uma amostra, ou seja, a um subconjunto de elementos extraídos, com uma metodologia estatística adequada, da população (Fortin, 2009). A amostragem é a área que aborda as metodologias de obtenção de amostras, em geral de populações finitas, ainda que de dimensão, porventura, muito elevada. No geral, a amostragem usa-se em estudos observacionais em que se pretende que as condições em que a amostra é recolhida não modifiquem a essência do que se está a observar (Pestana & Velosa, 2002). Neste trabalho, optou-se pelo método de amostragem aleatória simples, uma vez que, neste caso, todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de serem selecionados para a amostra, obtendo-se uma amostra representativa da população.

Outro aspeto relevante prendeu-se com a dimensão da amostra necessária para os objetivos do estudo. Em testes de hipóteses estatísticas diz-se que há significância estatística ou que o resultado é estatisticamente significativo quando o valor de prova (*p-value*) observado é menor que o nível de significância,  $\alpha$ , assumido para o estudo. Como neste trabalho se considera o nível de significância 0,05 e o grau de confiança é o complemento do nível de significância ( $1-\alpha$ ), então um nível de significância de 5% reflete um grau de confiança de 95%. Deste modo, para a determinação da dimensão da amostra é considerado um grau de confiança de 95% e um erro máximo de 4% na estimação da percentagem de utentes que avaliam positivamente o acompanhamento COVID-19 prestado pela equipa de saúde da USF, sendo o valor obtido para a dimensão mínima da amostra de 201. O questionário foi enviado a 400 utentes selecionados aleatoriamente da população em estudo, com o uso das funções Aleatório e Ordem.EQ do Excel, ao qual responderam 226.

### **4.3. Procedimento metodológico**

Em primeiro lugar, solicitou-se autorização ao Professor Dr. Pedro Lopes Ferreira do CEISUC para o uso do questionário EUROPEP de avaliação da satisfação dos utentes nos CSP (Anexo 2) e ao Professor Dr. Carlos António Laranjeiro para a utilização da versão portuguesa do questionário *Revised Life Orientation Test* (LOT-R) (Anexo 3).

Após essa autorização ter sido concedida, para a recolha de dados, foi aplicado o protocolo desenvolvido no âmbito do projeto “Satisfação do utente com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19”, devidamente autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, a 20 de dezembro de 2021, com a referência n.º CE-UBI-Pj-2021-067:ID1123 (Anexo 4). O mesmo protocolo também foi devidamente autorizado pela Comissão de Ética para a

Saúde da ARS Centro, a 13 de janeiro de 2021, com a referência n.º Projeto 82/2021 (Anexo 5).

#### **4.4. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados deve reunir a informação sobre as variáveis em estudo de forma a dar resposta aos objetivos e às questões de investigação (Hill & Hill, 2005). Tendo em consideração o objetivo do estudo, o tipo de estudo e a amostra, o instrumento de recolha de dados selecionado foi o inquérito sob a forma de questionário para ser preenchido pelos utentes, apresentado no Anexo 6 e no link <https://forms.gle/Gc3Cg5DD59LQxxTSA>.

A construção do questionário foi precedida de uma revisão bibliográfica sobre os questionários existentes destinados a avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos e com a telessaúde.

O questionário foi, também, submetido à apreciação de todos os profissionais da USF Santa Joana e restantes investigadores, tendo sido aperfeiçoado com as sugestões recebidas e pré-testado antes da sua utilização.

Na parte inicial, o questionário apresenta uma pequena contextualização do estudo, as suas finalidades e objetivos e salienta aspetos como o anonimato e a confidencialidade dos dados. Este é constituído por seis secções, contendo no total cinquenta perguntas fechadas e uma pergunta aberta no final e facultativa para deixar sugestões e comentários. Este inicia-se por questões de ordem geral e vai progressivamente aumentando a sua especificidade, sendo que os dados sociodemográficos são incluídos no final.

A primeira secção é composta por três questões para obtenção do consentimento informado. O consentimento informado para a resposta será entendido como positivo através do preenchimento na afirmativa de todas as questões do campo "Consentimento Informado". Se o utente responder negativamente a algumas das três questões, o questionário é automaticamente terminado.

Na segunda secção avaliam-se as condições médicas do utente que está a responder ao questionário, nomeadamente para perceber se este pertence ao denominado grupo de doentes com risco, pelas condições associadas, para desenvolverem uma infeção COVID-19 grave. Estas condições, já apresentadas no enquadramento teórico, foram colocadas no questionário de forma mais resumida. Encontra-se ainda uma pergunta para o utente realizar uma autoavaliação do seu Estado de Saúde.

Nesta secção, também se avalia o otimismo disposicional do utente, recorrendo ao questionário LOT-R. Este instrumento, inicialmente designado como *Life Orientation Test* (LOT), foi criado por Scheier e Carver (1985, cit. in Rocha, 2011), apresentando doze itens dos quais oito avaliavam o otimismo e quatro eram distratores; a classificação mínima obtida era de 0 e a máxima de 32. Mais tarde, foi reformulado por Scheier, Carver e Briges, surgindo o LOT-R, que inclui dez itens em que quatro se mantiveram como distratores e seis são avaliadores do otimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10), sendo que três vão numa direção positiva e três numa direção negativa. Trata-se de uma escala em que os indivíduos são convidados a manifestar o grau de concordância com as questões a partir de cinco posições (0=discordo totalmente; 1=discordo parcialmente; 2=não concordo nem discordo; 3=concordo parcialmente e 4=concordo totalmente). Esta escala foi adaptada para a língua portuguesa, encontrando-se validada para o nosso contexto, pois permite avaliar o otimismo disposicional com um questionário curto e de fácil aplicação (Laranjeira, 2008; Rocha, 2011).

Na terceira secção, considera-se um conjunto de questões referentes ao acompanhamento feito pela equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19, que inclui oito questões. Estas questões foram construídas posteriormente à elaboração do *Customer Journey Map* do utente com suspeita ou infeção por COVID-19, disponível no Anexo 1, o qual apresenta as etapas pelas quais os utentes passam ao longo do acompanhamento COVID-19 e quais são os pontos de contacto fundamentais com a sua equipa de saúde.

A quarta secção destina-se à avaliação da satisfação dos utentes através da adaptação do questionário EUROPEP. Este questionário, como referido anteriormente, é um instrumento padronizado de medição das avaliações feitas pelos utentes sobre os CSP, focando a avaliação de aspetos específicos do cuidar. Este é composto por um total de vinte e três questões, divididas em cinco grupos, os Indicadores-chave EUROPEP, a saber: Relação médico-utente, Assistência Médica e Técnica, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação e Organização dos Serviços. Em cada questão utiliza-se uma escala de Likert que varia de discordo totalmente a concordo totalmente, além de mais uma categoria para prever situações em que não sabe responder ou em que a pergunta não se aplica (Não sei / Não Aplicável) para a situação específica de cada utente. No cálculo dos índices de satisfação referentes aos indicadores-chaves, as respostas “Não sei / Não aplicável” não são contabilizadas sendo transformadas em valores omissos, no sentido de não interferir no somatório dos *scores* e/ou médias finais. Os índices foram calculados através de médias, após uma conversão de todas as respostas de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior qualidade de satisfação e 100 à

melhor imaginável. Foi também construído um índice de satisfação global, incluindo as respostas a todas as perguntas do EUROPEP consideradas.

Neste questionário, foram apenas selecionados 19 dos 23 itens apresentados no EUROPEP, uma vez que os restantes não se adaptavam ao objetivo da avaliação deste questionário, a saber:

- As questões 10 e 11, inseridas no segundo indicador-chave, “10. exame que o seu Médico lhe fez?” e “11. oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)?”;
- As questões 19 e 22, inseridas no indicador-chave organização de serviços, nomeadamente “19. facilidade em marcar uma consulta no Centro de Saúde?” e “22. tempo que esperou na sala de espera?”.

No final desta secção, foram ainda incluídas três questões para avaliar a satisfação global com o serviço recebido, adaptado das questões do Índice Europeu de Satisfação do Cliente (ECSI). A construção deste Índice de Satisfação foi promovida pela *European Organisation for Quality*, pela EFQM e por uma rede de Universidades com o apoio da Comissão Europeia, em 1998, à qual aderiram 12 países europeus, entre os quais Portugal (Costa, 2011). Este é um instrumento que visa avaliar a qualidade dos bens e serviços disponíveis no mercado nacional, através da satisfação dos clientes. Para isso, utiliza dois tipos de variáveis, as latentes e as de medida. As variáveis latentes não são diretamente observadas nem medidas, sendo que o modelo estrutural do ECSI é constituído por sete variáveis latentes: a imagem da empresa; as expectativas dos clientes sobre a empresa; a qualidade percebida dos produtos e serviços; o valor percebido (relação qualidade/preço); a satisfação; as reclamações e a lealdade do cliente. As variáveis de medida constituem os indicadores utilizados para medir indiretamente as variáveis latentes, conforme observado na Tabela 7 (ECSI, 2021).

Desta forma, para este questionário, foram selecionadas as variáveis de medida que correspondem à variável latente Satisfação, utilizando para isso uma escala de Likert que vai de “Má” a “Excelente”:

- Como avalia a sua satisfação com os cuidados de saúde recebidos?
- Como avalia a sua satisfação quando comparada com as suas expectativas?
- Como avalia a comparação dos cuidados recebidos com os cuidados ideais?

Tabela 7 – Índice Europeu de Satisfação do Cliente Portugal.

VARIÁVEL LATENTE	VARIÁVEL DE MEDIDA
<b>Imagem</b>	1. Empresa inovadora e virada para o futuro; 2. Empresa em que se pode confiar; 3. Empresa estável e implantada no mercado; 4. Empresa que se preocupa com os clientes; 5. Empresa com um contributo importante para a Sociedade.
<b>Expectativas</b>	6. Expectativas globais sobre a empresa; 7. Expectativas sobre a capacidade da empresa oferecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades do cliente; 8. Expectativas relativas à fiabilidade, ou seja, à frequência com que podem ocorrerem problemas.
<b>Qualidade percebida (produtos e serviços)</b>	9. Qualidade global da empresa; 10. Qualidade dos produtos e serviços; 11. Serviço de aconselhamento; 12. Acessibilidade de produtos e serviços; 13. Fiabilidade e precisão dos produtos e serviços; 14. Diversificação dos produtos e serviços; 15. Clareza e transparência da informação fornecida; 16. Dificuldade na avaliação da qualidade.
<b>Valor percebido (relação qualidade /preço)</b>	17. Avaliação da qualidade dos produtos e dos serviços, dado o preço pago pelos mesmos; 18. Avaliação do preço pago pelos produtos e serviços, dada a qualidade apercebida dos mesmos.
<b>Satisfação</b>	19. Satisfação global com a empresa; 20. Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas); 21. Comparação da empresa com a empresa ideal.
<b>Reclamação</b>	22. Identificação dos clientes que reclamaram com a empresa; 23. Forma como foi resolvido a última reclamação (para os que reclamaram); 24. Perceções sobre a forma como as reclamações seriam resolvidas (para os que não reclamaram).
<b>Lealdade</b>	25. Intenção de permanecer como cliente; 26. Sensibilidade a variações do preço (tanto no sentido ascendente como no sentido descendente); 27. Probabilidade de recomendar a empresa a colegas e amigos.

Fonte: Adaptado de Vilares e Coelho (2005).

Na quinta secção apresentam-se as questões sociodemográficas, com cinco questões, incluindo dados como a idade, género, habilitações literárias, situação profissional e uma pergunta sobre quem preencheu o questionário, quando se trata de utentes dependentes.

A última secção é constituída por uma questão de resposta aberta destinada a comentários e sugestões que permitam melhorar o acompanhamento recebido.

O questionário foi enviado por e-mail aos 400 utentes selecionados de forma aleatória que foram acompanhados por suspeita ou infeção COVID-19 durante o período estabelecido, através do Google Forms. Se o utente preferisse ou não tivesse e-mail, foi

possível a disponibilização do questionário em papel na USF, para posteriormente colocar em urna fechada na unidade. Posteriormente à aplicação dos questionários, os dados foram inseridos numa base de dados informatizada (Excel) realizando-se o seu tratamento estatístico com recurso ao Excel e ao *Software Package for Social Sciences* (SPSS®).

#### **4.5. Análise estatística**

Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva para caracterizar a amostra. Para testar a igualdade das médias de duas populações utilizou-se, sempre que possível, o teste paramétrico T-Student. Os pressupostos deste teste, nomeadamente a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade), foram analisados com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e com o teste de Levene, respetivamente. No caso de violação do pressuposto de igualdade das variâncias foi usada a aproximação de Welch-Satterthwaite. Na situação em que as distribuições não eram normais, utilizou-se um resultado aproximado recorrendo ao Teorema do Limite Central.

Para averiguar a existência de associação linear entre os índices de satisfação (medidos numa escala de 0 a 100), a idade e o índice de otimismo utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Para avaliar se as habilitações literárias, a situação profissional e a autoavaliação da saúde tinham um efeito significativo sobre os diferentes índices de satisfação recorreu-se à ANOVA seguida do teste *post-hoc* HSD de Tukey sob a hipótese de homogeneidade das variâncias e, caso contrário, utilizou-se o teste *post-hoc* de Games-Howell. O pressuposto de normalidade da variável dependente nos diferentes grupos definidos foi avaliado pelo teste de Kolmogorov salientando-se, no entanto, que este teste é robusto a violações suaves deste pressuposto. O pressuposto de homogeneidade das variâncias foi avaliado com o teste de Levene.

Para a seleção das variáveis com poder preditor nos índices de satisfação do EUROPEP e no índice de satisfação ECSI recorreu-se à regressão linear múltipla pelo método *stepwise*.

Assumiu-se como nível de significância estatística o valor 0,05. Os dados recolhidos foram tratados e analisados com o Excel e o SPSS®, versão 28.0.

#### **4.6. Validação do questionário**

A construção de um instrumento de recolha de dados deve ser acompanhada da avaliação da sua fiabilidade e validade, para que possa ser usado com segurança. O

método mais usado para avaliar a fiabilidade de um questionário é através da determinação da sua consistência interna pelo Coeficiente *Alpha de Cronbach*. Os índices de consistência interna procuram avaliar a magnitude na qual as questões de um instrumento são equivalentes, em termos de medir o atributo a que se propõem. O coeficiente de *Alpha de Cronbach* pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 for o coeficiente, maior será a consistência interna do questionário, segundo o seguinte esquema (Hill & Hill, 2005):

- Muito boa – para valores de alfa superiores a 0,9;
- Boa – para valores de alfa entre 0,8 e 0,9;
- Razoável – para valores de alfa entre 0,7 e 0,8;
- Fraca – para valores de alfa entre 0,6 e 0,7;
- Inaceitável – para valores de alfa inferiores a 0,6.

A validade de um instrumento de recolha de dados refere-se ao grau em que um instrumento mede as grandezas que supõe medir, sendo que uma das técnicas mais utilizadas para a sua avaliação é a análise fatorial. Esta tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) que de uma forma mais ou menos explícita controlam as variáveis originais. De forma a verificar se o método de análise fatorial pode ser aplicado neste estudo, foi utilizado o teste Kaiser – Meyer – Oklin (KMO). O teste KMO é uma medida de homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores do coeficiente de KMO, de uma forma geral, estes podem ser classificados de acordo com a Tabela 8 (Maroco, 2007).

Tabela 8 – Recomendação da Análise Fatorial com base no KMO.

<b>Valor de KMO</b>	<b>Recomendação relativamente à Análise Fatorial</b>
]0,9 – 1,0[	Excelente
]0,8 – 0,9]	Boa
]0,7 – 0,8]	Média
]0,6 – 0,7]	Medíocre
]0,5 – 0,6]	Mau mas ainda aceitável
≤0,5	Inaceitável

## 5. Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos, com recurso a figuras e tabelas, que serão sempre analisadas e comentadas ao longo do texto. Começou-se pelo tratamento dos dados referentes a cada uma das variáveis (ordenação, cálculo de características amostrais tais como médias, desvios padrão (DP) e proporções, agrupamento em classes, quando apropriado, e representações gráficas - em suma, estatística descritiva e análise exploratória de dados) com a finalidade de se induzir da amostra para a população as associações existentes entre os índices de satisfação e as restantes variáveis (decisão sobre hipóteses, estimação de parâmetros populacionais a partir das características amostrais relevantes, comparação de populações, relação de uma variável resposta com variáveis independentes).

### 5.1. Análise descritiva

Dos 400 utentes selecionados aleatoriamente a quem foram enviados os questionários, 56,8% (n=227) responderam ao mesmo. Como 9 utentes responderam negativamente nas questões do Consentimento informado, obteve-se um total de 218 questionários preenchidos.

A amostra do estudo é constituída por 76 utentes do género masculino (34,9%) e 142 do género feminino (65,1%). Constata-se igualmente que a idade dos 218 pacientes oscila entre um mínimo de 16 anos e um máximo de 86 anos, sendo a idade média de 42,2 anos, o DP de 12,7 anos e o coeficiente de variação de 30,2%, o que indica uma dispersão moderada a elevada dos valores em torno da média.

Na Tabela 9, encontra-se a distribuição por faixa etária da amostra, constatando-se que os grupos etários dos 80 aos 89 anos e dos 70 aos 79 anos apresentam valores percentuais muito baixos (0,5% e 1,4%, respetivamente). Verifica-se ainda que mais de metade dos utentes inquiridos (57,8%) têm idade compreendida entre os 30 e os 49 anos. Tanto no género masculino como no feminino, o grupo etário dos 40 aos 49 anos é o que apresenta valores percentuais mais altos (31,6% e 38,7%, respetivamente).

Tabela 9 - Distribuição por faixa etária em função do género.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
[16, 20[	3	3,9	5	3,5	8	3,7
[20, 30[	11	14,5	17	12,0	28	12,8
[30, 40[	16	21,1	31	21,8	47	21,5
[40, 50[	24	31,6	55	38,7	79	36,2
[50, 60[	12	15,8	23	16,2	35	16,1
[60, 70[	8	10,5	9	6,4	17	7,8
[70, 80[	2	2,6	1	0,7	3	1,4
[80,90[	0	0	1	0,7	1	0,5
<b>Total</b>	76	100	142	100	218	100

Em relação às habilitações literárias, pela Tabela 10, constata-se que 83,0% (n=181), dos utentes que responderam ao questionário têm, pelo menos, o ensino secundário, sendo que a maioria (54,5%) têm um curso universitário (licenciatura, mestrado ou doutoramento). Destaca-se ainda que apenas 1 utente não sabe ler ou escrever (0,5%).

Outra variável em estudo foi a situação profissional. Com base na Tabela 10, é possível observar que 5,5% (n=12) dos utentes são estudantes, 5,5% (n=12) dos utentes estão desempregados, 9,6% (n=21) dos utentes trabalham por conta própria e 71,6% (n=156) trabalham por conta de outrem. Os 4 utentes que seleccionaram a opção “outra” referiram que são trabalhadores-estudantes.

Tabela 10 – Habilitações Literárias e situação profissional em função do género.

	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Habilitações literárias</b>						
• Não sabe ler e escrever	0	0	1	0,7	1	0,5
• Só sabe ler e escrever	0	0	0	0	0	0
• 1º ciclo do ensino básico (1º-4º ano) /Antiga 4ª classe	3	3,9	3	2,1	6	2,8
• 2º ciclo do ensino básico (5º-6º ano)/Antiga 6ª classe	2	2,6	3	2,1	5	2,3
• 3º ciclo do ensino básico (7º-9º ano)	10	13,2	15	10,6	25	11,5
• Ensino Secundário	29	38,2	33	23,2	62	28,4
• Licenciatura	23	30,3	61	43,0	84	38,5
• Mestrado	8	10,5	23	16,2	31	14,2
• Doutoramento	1	1,3	3	2,1	4	1,8
<b>Situação profissional</b>						
• Estudante	7	9,3	5	3,5	12	5,5
• Empregado por conta própria	8	10,5	13	9,2	21	9,6
• Empregado por conta de outrem	49	64,5	107	75,4	156	71,6
• Desemprego	2	2,6	10	7,0	12	5,5
• Reformado/Aposentado	6	7,9	4	2,8	10	4,6
• Pensionista	1	1,3	1	0,7	2	0,9
• Vive de Rendimentos	1	1,3	0	0	1	0,5
• Outra	2	2,6	2	1,4	4	1,8

Após a caracterização sociodemográfica da amostra, de seguida são apresentados os dados, de acordo com as secções do questionário e a sua ordem. A primeira secção era o consentimento informado, já referido anteriormente.

Na segunda secção, relativa à autoavaliação da saúde e otimismo disposicional, na Figura 8, observa-se a distribuição das doenças ou estados de saúde mais prevalentes na amostra que podem aumentar o risco de ter doença COVID-19 grave, destacando-se em 1º lugar a obesidade (presente em 4,2% dos utentes) e em 2º lugar a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a diabetes *mellitus* (presentes em 3,3% dos utentes). Note-se que apenas 33 utentes (15,1%) referiram que apresentavam alguma comorbilidade ou estado de saúde.

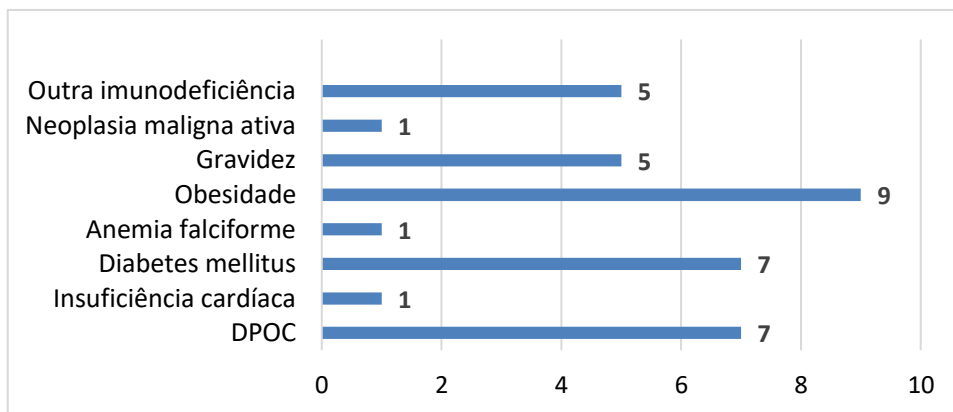


Figura 8 - Doenças ou estados de saúde referidos pelos utentes.

Quanto à autoavaliação da saúde (Figura 9), 10,1% (n=22) dos utentes têm a percepção que a sua saúde é “excelente”, 27,1% (n=59) têm a percepção que é “muito boa”, 39,4% (n=86) tem a percepção que é “boa”, 22,5% (n=49) têm a percepção que é “razoável” e 0,5% (n=1) têm a percepção que é “má”. Apenas um utente selecionou a opção “Não sei/não aplicável”.

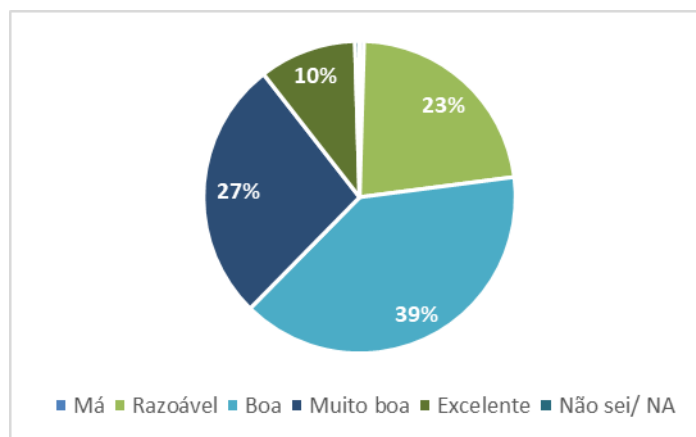


Figura 9 – Autoavaliação do estado de saúde da amostra.

A Escala do Otimismo Disposicional é uma escala de 0 a 4 em que os indivíduos manifestam o seu grau de concordância com várias afirmações a partir de 5 posições. A nota mínima é de 0 e a máxima de 24. A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior o otimismo disposicional apresentado pelo indivíduo. Considerando que apenas 6 itens são avaliadores do otimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10) e 4 são itens de distração, para um n válido de 200 utentes, somando os valores obtidos (0-4 pontos por cada resposta), a pontuação média obtida é de  $15,65 \pm 4,62$ . As respostas dadas pelos utentes nos 6 itens válidos estão representadas na Figura 10 e a pontuação obtida pelos utentes encontra-se discriminada na Tabela 11.

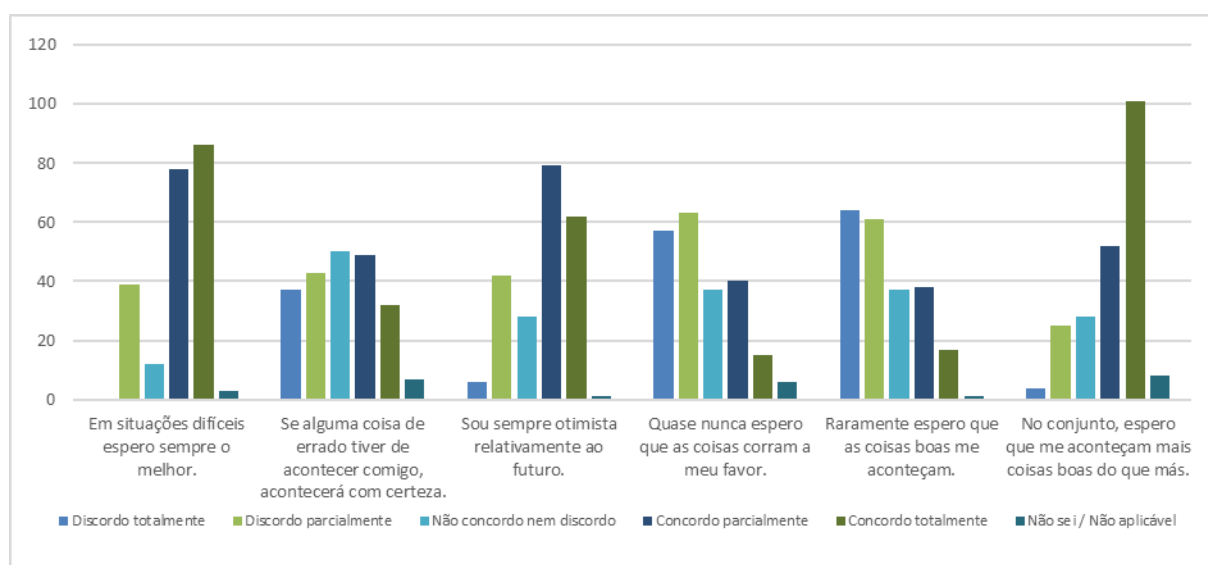


Figura 10 – Respostas obtidas na escala de Otimismo Disposicional.

Tabela 11 – Pontuação obtida na escala LOT-R (sem casos omissos).

	PONTUAÇÃO																				TOTAL	
	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		24
<b>n</b>	1	1	3	3	3	5	8	9	22	21	11	15	16	9	11	13	14	11	7	8	9	200
<b>%</b>	0,5	0,5	1,5	1,5	1,5	2,5	4	4,5	11	10,5	5,5	7,5	8	4,5	5,5	6,5	7	5,5	3,5	4	4,5	100

Na terceira secção do questionário, referente ao acompanhamento COVID-19, 91,7% (n=200) dos utentes afirmam que foram contactados nas primeiras 24-48 horas pela sua equipa de saúde após o primeiro contacto com o SNS, 96,8% (n=211) dos utentes consideram que lhe foram explicadas as medidas de isolamento, 90,0% (n=196) afirmam que lhe foram explicados os sinais de alarme para ser observado no serviço de urgência e 85,3% (n=186) consideram que lhes foi comunicado o resultado do teste atempadamente (Figura 11).

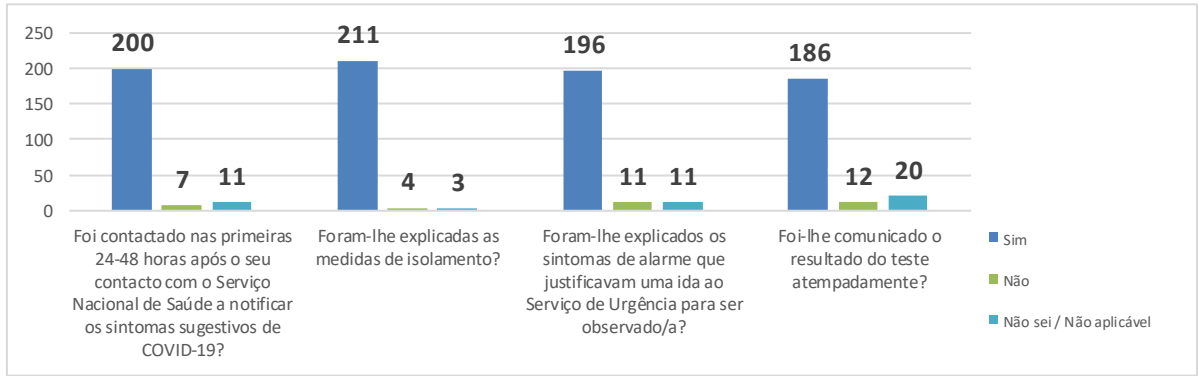


Figura 11– Respostas obtidas sobre o acompanhamento COVID-19.

Dos 218 utentes que responderam ao questionário, 145 (66,5%) estiveram infetados com COVID-19, ou seja, tiveram o resultado do teste positivo. Destes últimos, 93,1% (n=135) dos utentes consideram que lhes foram explicados os critérios de alta e dada disponibilidade de contacto. Contudo, apenas 65,5% (n=95) dos utentes afirmam que houve disponibilidade após a alta para responder a dúvidas e problemas relacionados com a doença COVID-19 (Figura 12).

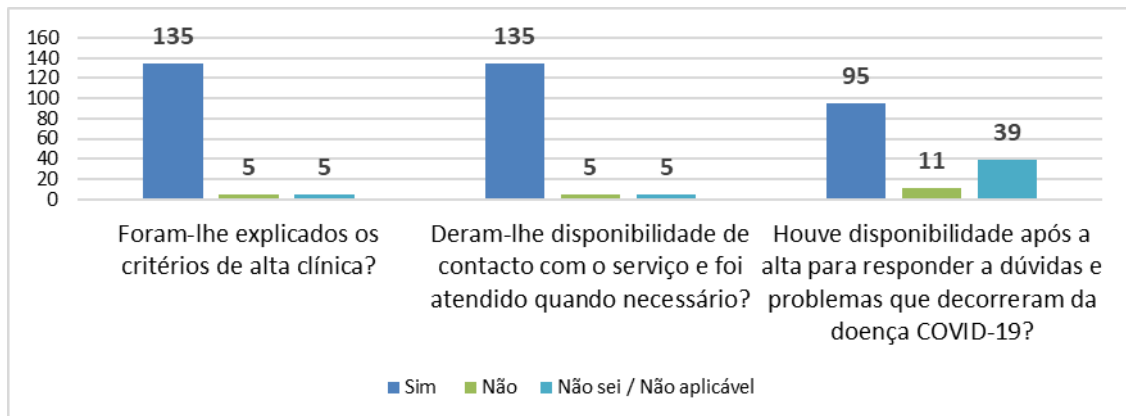


Figura 12 - Respostas obtidas sobre o acompanhamento COVID-19 nos utentes com teste positivo à COVID-19.

De forma a classificar o acompanhamento por suspeita ou por infeção COVID-19, com base no cumprimento das etapas descritas no *customer journey map*, foi criado um índice de satisfação para esta secção. Para os utentes acompanhados apenas por suspeita de COVID-19, com resultado de teste negativo, foram consideradas as primeiras quatro questões desta secção. Para os utentes acompanhados por infeção COVID-19, foram consideradas as primeiras quatro questões e as últimas três questões desta secção (apenas se excluiu a questão referente ao resultado do teste COVID-19). A cada resposta positiva foi atribuído 1 ponto e a cada resposta negativa foi atribuído 0 pontos. O acompanhamento por suspeita COVID-19 foi considerado como sendo “mau” de 0 a 1 pontos, “razoável” 2 pontos e “bom” de 3 a 4 pontos. O acompanhamento por infeção COVID-19 foi considerado como “mau” de 0 a 2 pontos, “razoável” de 3 a 5

pontos e “bom” de 6 a 7 pontos. Na Tabela 12, apresentam-se os resultados da classificação do acompanhamento com base no descrito previamente. Para esta conversão, não foram consideradas as respostas “Não sei/Não aplicável”, tendo sido transformadas em valores omissos. Com base na classificação realizada, é possível verificar o acompanhamento por suspeita COVID-19 foi razoável em 7,8% dos casos e bom em 90,9%, enquanto o acompanhamento por infeção COVID-19 foi razoável em 14,1% dos casos e bom em 85,9% dos casos.

Tabela 12 – Classificação do acompanhamento COVID-19 com base no *customer journey map*.

ACOMPANHAMENTO	SUSPEITA COVID-19		INFEÇÃO COVID-19		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Mau	1	1,3	0	0	1	0,5
Razoável	6	7,8	19	14,1	25	11,8
Bom	70	90,9	116	85,9	186	87,7
TOTAL	77	100	135	100	212	100

Na quarta secção procedeu-se à avaliação da satisfação dos utentes através de 19 questões do questionário EUROPEP, as quais estavam divididas em cinco indicadores-chave. Para cada um desses cinco indicadores, calculou-se o respetivo índice de satisfação e o índice para a satisfação global. Esses índices foram calculados através de médias, após a exclusão das respostas “Não sei/Não aplicável” e após a conversão das mesmas numa escala de 0 a 100. A Tabela 13 representa as médias obtidas para cada indicador-chave do EUROPEP e para a satisfação global.

Tabela 13 - Descritivos dos Indicadores-Chave EUROPEP.

INDICADORES-CHAVE EUROPEP	ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	
	Média (0-100)	DP
Relação médico-utente	90,72	20,32
Assistência médica e técnica	86,34	23,34
Informação e apoio	85,73	24,72
Continuidade e cooperação	81,89	27,46
Organização dos serviços	81,49	28,90
Satisfação global	83,98	25,08

Da análise da tabela apresentada em cima, destaca-se positivamente o indicador relação médico-utente (90,72±20,32). Por outro lado, é com a organização dos serviços e com a continuidade e cooperação dos cuidados que os utentes se mostram menos satisfeitos (81,49±28,90 e 81,89±27,46, respetivamente).

- **Relação Médico-Utente**

Este indicador-chave é avaliado pela opinião dos utentes acerca do tempo da consulta, o interesse pelos seus problemas de saúde, a disponibilidade e empatia do médico e a confidencialidade da informação. Analisando com detalhe as perguntas que compõem este indicador (Tabela 14), verifica-se que o aspeto em que os utentes desta unidade de saúde se encontram menos satisfeitos relaciona-se com a decisão partilhada entre médico e utente sobre os cuidados que lhe são prestados ( $88,6 \pm 23,4$ ).

Tabela 14 - Avaliação do Indicador “Relação Médico-Utente”

QUESTÕES	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Não sei / Não aplicável		Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%		
...demonstrou disponibilidade de tempo durante as chamadas.	1	0,5	12	5,5	2	0,9	23	10,6	177	81,2	3	1,3	92,2	19,8
...demonstrou interesse nos seus problemas de saúde.	2	0,9	12	5,5	6	2,8	20	9,2	173	79,4	5	2,2	91,1	21,5
...fê-lo/a sentir-se à vontade para partilhar os seus problemas.	2	0,9	11	5,0	9	4,1	19	8,7	171	78,4	6	2,9	90,8	21,6
...envolveu-o/a nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados.	3	1,4	11	5,0	12	5,5	24	11,0	153	70,2	15	6,9	88,6	23,4
...ouvii-o/a com atenção.	1	0,5	10	4,6	8	3,7	20	9,2	174	79,8	5	2,2	91,8	19,9
...respeitou a confidencialidade da informação sobre o seu processo.	0	0	12	5,5	3	1,4	16	7,3	173	79,4	14	6,4	92,9	19,2
<b>Índice de Satisfação Relação Médico-Utente</b>													90,72	20,32

- **Assistência Médica e Técnica**

A assistência médica e técnica é outro indicador-chave, avaliado por questões como o alívio rápido dos sintomas, ajuda para desempenhar as tarefas diárias e atenção dispensada. Pela análise da Tabela 15, verifica-se que os utentes se encontram menos satisfeitos com a rapidez com que são aliviados os seus sintomas ( $83,6 \pm 26,1$ ) do que com os restantes parâmetros.

Tabela 15 – Avaliação do Indicador “Assistência Médica e Técnica”

QUESTÕES	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Não sei / Não aplicável		Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
...proporcionou alívio rápido dos seus sintomas.	6	2,8	7	3,2	15	6,9	35	16,1	105	48,2	50	22,8	83,6	26,1
...ajudou-o/a a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.	3	1,4	12	5,5	13	6	31	14,2	131	60,1	28	12,8	86,2	24,5
...dispensou-lhe a atenção necessária.	1	0,5	14	6,4	5	2,3	22	10,1	168	77,1	8	3,6	90,7	21,5
<b>Índice de Satisfação Assistência Médica e Técnica</b>													86,34	23,34

### • Informação e Apoio

Este indicador-chave avalia se o médico forneceu informação sobre a doença, os objetivos do tratamento, ofereceu ajuda e encorajou os utentes para seguirem os seus conselhos. Pela análise da Tabela 16, verifica-se que os utentes estão mais insatisfeitos com a oferta de ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a doença COVID-19 ( $81,0 \pm 30,3$ ), do que nos restantes itens.

Tabela 16 – Avaliação do Indicador “Informação e Apoio”.

QUESTÕES	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Não sei / Não aplicável		Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
...forneceu uma explicação detalhada dos objetivos dos tratamentos prescritos.	3	1,4	12	5,5	6	2,8	26	11,9	130	59,6	41	18,8	87,9	24,1
...forneceu informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença.	2	0,9	10	4,6	5	2,3	25	11,5	159	72,9	17	7,8	90,9	21,0
...ofereceu ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a suspeita ou infeção COVID-19.	9	4,1	16	7,3	12	5,5	27	12,4	114	52,3	40	18,4	81,0	30,3
...encorajou-o para compreender a importância de seguir os seus conselhos.	5	2,3	12	5,5	12	5,5	22	10,1	145	66,5	22	10,1	87,0	25,6
<b>Índice de Satisfação Informação e Apoio</b>													85,73	24,72

• **Continuidade e Cooperação**

No indicador continuidade e cooperação, avalia-se a opinião dos utentes acerca dos conhecimentos do médico sobre consultas anteriores e da forma como este o prepara para o que esperar dos cuidados hospitalares. Pela análise destes dois itens (Tabela 17), é possível verificar que os utentes avaliam mais positivamente a continuidade de cuidados entre consultas (85,7±26,3), estando menos satisfeitos com o conhecimento que lhes é fornecido acerca do que esperar das especialidades hospitalares (78,0±31,1).

Tabela 17 – Avaliação do Indicador “Continuidade e Cooperação”.

QUESTÕES	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Não sei / Não aplicável		Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
...demonstrou conhecimento das suas consultas anteriores.	5	2,3	12	5,5	14	6,4	23	10,6	133	61,0	31	14,2	85,7	26,3
...preparou-o/a sobre o que esperar das outras especialidades médicas e dos cuidados hospitalares.	10	4,6	10	4,6	19	8,7	26	11,9	87	39,9	66	30,3	78,0	31,1
<b>Índice de Satisfação Continuidade e Cooperação</b>													81,89	27,46

• **Organização dos serviços**

No que diz respeito à organização dos serviços (Tabela 18), verifica-se que o item com que os utentes estão menos satisfeitos diz respeito ao apoio do pessoal administrativo da USF (79,4±32,0). O item acerca da resolução dos problemas urgentes é o que obteve melhor pontuação média (88,0±23,3).

Tabela 18 – Avaliação do Indicador “Organização dos serviços”.

QUESTÕES	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Não sei / Não aplicável		Média	Desvio padrão
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
...forneceu-lhe apoio do pessoal administrativo da Unidade de Saúde Familiar.	12	5,5	13	6	17	7,8	21	9,6	109	50	46	21,1	79,4	32,0
...proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone para a Unidade de Saúde.	18	8,3	15	6,9	12	5,5	15	6,9	135	61,9	23	10,5	80,0	34,1
... proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone com o/a seu/sua Médico/a de Família ou a sua Enfermeira de	17	7,8	13	6,0	8	3,7	14	6,4	147	67,4	19	8,7	82,8	32,8

Família.															
...resolveu rapidamente os seus problemas urgentes.	2	0,9	10	4,6	17	7,8	20	9,2	142	65,1	27	12,4	88,0	23,3	
<b>Índice de Satisfação Informação e Apoio</b>													81,49	28,90	

No final da quarta secção, foram incluídas três questões para avaliar a satisfação global com o serviço recebido, adaptadas do ECSI. Quanto à satisfação global com os cuidados recebidos (Figura 13), 39,4% (n=86) dos utentes classificam a satisfação global como “excelente”, 25,7% (n=56) como “muito boa” e 22,0% (n=48) como “boa”, ou seja, 87,2% (n=190) dos utentes classificam a satisfação global como boa, muito boa ou excelente. Quando comparam a satisfação com os cuidados recebidos com as suas expectativas, 41,2% (n=91) classificam a satisfação como “excelente” e 22,5% (n=49) como “muito boa”. Quando a satisfação é comparada com os cuidados ideais, 36,7% (n=80) classificam como “excelente” e 26,6% (n=58) como “muito boa”.

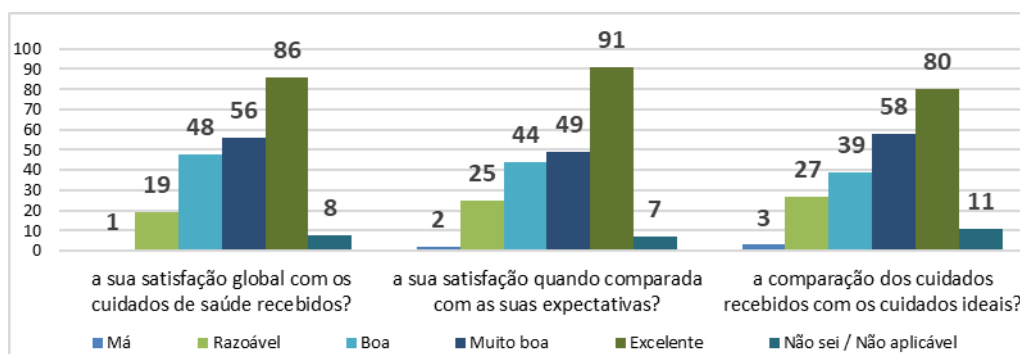


Figura 13 - Respostas obtidas com base nas questões do questionário ECSI.

Com base nas respostas às três questões do questionário ECSI, foi também construído um índice de satisfação. Esse índice foi calculado através de médias, após a conversão de todas as respostas numa escala de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior satisfação com os cuidados recebidos e 100 à melhor satisfação possível. Para este cálculo, também foram excluídas as respostas “Não sei/Não aplicável”, tendo sido transformadas em valores omissos. A Tabela 19 representa as médias obtidas para o índice de satisfação ECSI por género e no total.

Tabela 19 – Índice de satisfação ECSI.

	<b>INDÍCES</b>	
	Média	DP
Género masculino (n=72)	73,15	26,55
Género feminino (n=133)	73,87	26,15
Total (n=205)	70,84	28,62

A quinta secção refere-se aos dados sociodemográficos, já anteriormente apresentados, e a última secção corresponde às sugestões e/ou comentários. Os utentes fizeram um total de 78 sugestões e comentários, sendo que 36 destes (46,2%) foram apenas elogios e agradecimentos à equipa. A principal crítica apontada foi a dificuldade no atendimento telefónico na unidade (n=18, 23,1%). Outras sugestões de melhoria apresentadas foram a realização de uma consulta após infeção por COVID-19 (n=5, 6,4%), melhoria das consultas com recurso à telessaúde (n=5, 6,4%), melhoria do acompanhamento clínico (n=4, 5,1%), melhoria do atendimento administrativo (n=2, 2,6%) e realização do contacto nas primeiras 24-48 horas de doença (n=1, 1,3%). Cerca de 14,1% (n=11) das sugestões apontadas não estão relacionados com o objetivo do estudo (Anexo 7).

## 5.2. Inferência estatística

Após a análise descritiva dos dados obtidos, realizou-se a análise inferencial, procurando verificar quais das variáveis em estudo, enquanto hipotéticos determinantes da satisfação dos utentes, apresentam um efeito significativo sobre a generalidade das dimensões da satisfação, sobre a satisfação global ou ECSI.

Em relação à influência da variável género, os resultados dos testes T-Student, expressos na Tabela 20, demonstram que não existe um efeito significativo do género na satisfação dos utentes nos cinco indicadores-chave do EUROPEP, bem como na satisfação global do EUROPEP e na satisfação ECSI.

Tabela 20 - Resultados do Test T-Student nos Índices de Satisfação, em função da variável género.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Género	n	Média	DP	Levene	P-value	T	P-Value BL	
EUROPEP	Relação médico-utente	M F	68 122	90,26 90,98	22,11 19,34	0,378	0,530	- 0,236	0,814
	Assistência médica e técnica	M F	56 105	85,71 86,67	25,26 22,37	1,692	0,195	- 0,246	0,806
	Informação e apoio	M F	54 98	86,34 85,40	24,04 25,21	0,020	0,889	0,225	0,882
	Continuidade e cooperação	M F	53 94	84,91 80,19	23,56 29,41	2,415	0,122	1,001	0,319
	Organização dos serviços	M F	53 104	84,55 79,93	26,59 30,01	1,079	0,301	0,948	0,345
	Global	M F	42 73	83,80 84,08	26,15 24,63	0,526	0,470	- 0,058	0,954
ECSI	M F	72 133	73,15 73,87	26,55 26,15	0,729	0,394	- 0,187	0,852	

Para estudar a associação entre a idade e os resultados dos indicadores-chave do EUROPEP, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de Pearson. Os resultados obtidos para as correlações (Tabela 21) não expressam a existência de associações estatisticamente significativas entre a idade e os vários indicadores da satisfação, satisfação global do EUROPEP e ECSI.

Tabela 21 - Correlações de Pearson entre os índices de satisfação e a idade.

	ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	R	p-value BL
EUROPEP	Relação médico-utente	0,033	0,654
	Assistência médica e técnica	- 0,019	0,811
	Informação e apoio	- 0,011	0,896
	Continuidade e cooperação	- 0,067	0,421
	Organização dos serviços	- 0,008	0,919
	Global	- 0,064	0,495
	ECSI	0,051	0,467

A significância da diferença entre os índices médios de satisfação nos diferentes grupos etários foi avaliada com a ANOVA. Os valores dos índices médios são apresentados na Figura 14, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas.

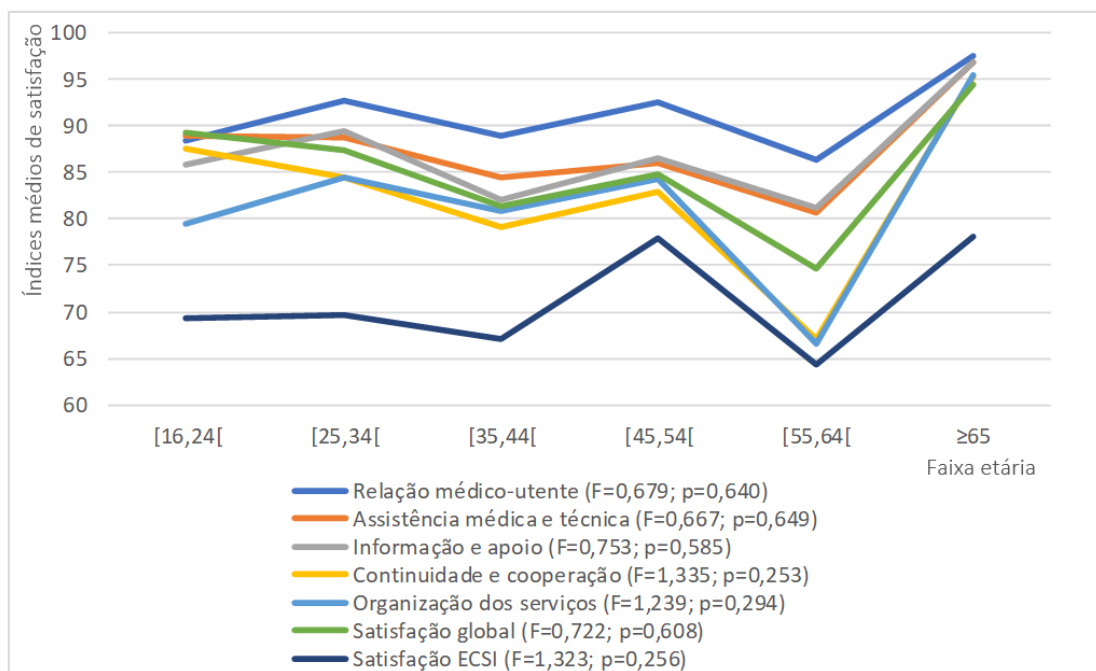


Figura 14 – Índices médios de satisfação nos diferentes grupos etários.

O teste ANOVA, seguido de um teste *post-hoc*, foram usados para comparar as médias dos índices de satisfação, em função das habilitações literárias (Tabela 22), destacando-se que as habilitações literárias tiveram um efeito estatisticamente significativo na satisfação, nos 2 primeiros indicadores do EUROPEP, nomeadamente: Relação médico-utente ( $p=0,006$ ) e Assistência médica e técnica ( $p=0,011$ ). Em ambos os indicadores, os utentes com maior nível de escolaridade apresentaram maiores níveis de satisfação (Relação médico-utente: Média=95,33; DP=12,64;  $n=99$ , Assistência médica e técnica: Média=91,46; DP=16,40;  $n=79$ ), seguidos pelos utentes com o ensino secundário (Relação médico-utente: Média=87,35; DP=23,38,  $n=56$ , Assistência médica e técnica: Média=83,33; DP=25,03;  $n=50$ ), pelos utentes do 3º ciclo do ensino básico (Relação médico-utente: Média=84,72; DP=28,49;  $n=24$ , Assistência médica e técnica: Média=82,61; DP=29,40;  $n=23$ ) e pelos utentes com o 1º ou 2º ciclo do ensino básico (Relação médico-utente: Média=79,55; DP=29,43;  $n=11$ ; Assistência médica e técnica: Média=67,59; DP=36,19;  $n=9$ ). De acordo com o teste *post-hoc*, no indicador relação médico-utente, os utentes com ensino superior apresentam um índice médio de satisfação superior ao dos utentes com qualquer outro nível de escolaridade (A<D  $p=0,031$ ; B<D  $p=0,045$ ; C<D  $p=0,04$ ) e no indicador assistência médica e técnica as diferenças estatisticamente significativas para o índice ocorrem entre os utentes de 1º ou 2º ciclo do ensino básico e os utentes com ensino superior ( $p=0,056$ ).

Sublinha-se ainda que as habilitações literárias também influenciam os índices de satisfação global para o questionário EUROPEP ( $p=0,024$ ) e para o modelo ECSI ( $p=0,005$ ). De modo semelhante, da análise com o teste *post-hoc*, conclui-se que as diferenças estatisticamente significativas para o índice de satisfação global ocorrem entre os utentes de 1º ou 2º ciclo do ensino básico e os utentes com ensino superior (A<D,  $p=0,021$ ). Para o índice de satisfação ECSI, as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os utentes do ensino secundário e do ensino superior (C<D,  $p=0,004$ ).

Tabela 22 - Resultados da ANOVA e Teste *post-hoc*: Satisfação dos utentes em função das habilitações literárias.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Habilitações Literárias	n	Média	DP	Levene	P-value	F	P-value	Post-hoc	
EUROPEP	Relação médico-utente	A – 1º e 2º ciclo do EB	11	79,55	29,43	12,530	< 0,001	4,221	<b>0,006</b>	A < D, p=0,031 B < D, p=0,045 C < D, p=0,04
		B – 3º ciclo do EB	24	84,72	28,49					
		C – E. Secundário	56	87,35	23,38					
		D – E. Superior	99	95,33	12,64					
	Assistência médica e técnica	A – 1º e 2º ciclo do EB	9	67,59	36,19	7,791	< 0,001	3,871	<b>0,011</b>	A < D, p=0,056
		B – 3º ciclo do EB	23	82,61	29,40					
		C – E. Secundário	50	83,33	25,03					
		D – E. Superior	79	91,46	16,40					
	Informação e apoio	A – 1º e 2º ciclo do EB	9	70,83	33,51	4,426	0,005	2,384	0,072	-
		B – 3º ciclo do EB	24	83,59	28,00					
		C – E. Secundário	45	82,22	26,72					
		D – E. Superior	74	90,37	20,14					
	Continuidade e cooperação	A – 1º e 2º ciclo do EB	9	75,00	33,07	1,966	0,122	0,877	0,455	-
		B – 3º ciclo do EB	22	76,14	32,71					
		C – E. Secundário	45	80,83	28,15					
		D – E. Superior	71	85,21	24,49					
	Organização dos serviços	A – 1º e 2º ciclo do EB	9	69,44	34,86	1,794	0,151	0,814	0,488	-
		B – 3º ciclo do EB	23	81,52	28,61					
		C – E. Secundário	44	79,26	31,92					
		D – E. Superior	81	84,03	26,63					
Global	A – 1º e 2º ciclo do EB	7	64,47	31,62	6,922	< 0,001	3,265	<b>0,024</b>	A < D, p=0,021	
	B – 3º ciclo do EB	21	80,83	29,46						
	C – E. Secundário	36	79,97	28,45						
	D – E. Superior	51	90,79	16,86						
ECSI	A – 1º e 2º ciclo do EB	12	58,33	29,30	1,113	0,345	4,421	<b>0,005</b>	C < D, p=0,004	
	B – 3º ciclo do EB	24	69,79	25,28						
	C – E. Secundário	59	62,50	30,09						
	D – E. Superior	110	79,75	27,18						

Legenda: EB – Ensino Básico.

Na Tabela 23, observa-se que o teste ANOVA foi também usado para comparar as médias dos índices de satisfação, em função da situação profissional, sendo possível constatar que a situação profissional não teve efeito estatisticamente significativo em nenhum dos índices da satisfação.

Tabela 23 – Resultados da ANOVA: Satisfação dos utentes em função da situação profissional.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Situação profissional	n	Média	DP	Levene	P-value	F	P-value	
<b>EUROPEP</b>	<b>Relação médico-utente</b>	A – Estudante	11	89,77	13,74	3,614	0,007	0,832	0,506
		B – Empregado por conta própria	20	97,92	5,82				
		C – Empregado por conta de outrem	134	89,8	22,31				
		D – Desempregado	11	88,64	23,43				
		E – Reformado /Pensionista	11	94,70	10,05				
	<b>Assistência médica e técnica</b>	A – Estudante	10	85,83	18,86	3,173	0,015	1,394	0,238
		B – Empregado por conta própria	19	96,49	8,47				
		C – Empregado por conta de outrem	111	83,93	25,86				
		D – Desempregado	11	87,88	21,85				
		E – Reformado /Pensionista	10	86,34	12,08				
	<b>Informação e apoio</b>	A – Estudante	9	84,03	27,80	2,934	0,023	0,676	0,609
		B – Empregado por conta própria	16	94,53	9,92				
		C – Empregado por conta de outrem	105	84,52	26,52				
		D – Desempregado	10	84,38	27,83				
		E – Reformado /Pensionista	9	90,97	13,66				
	<b>Continuidade e e cooperação</b>	A – Estudante	9	88,89	18,16	2,892	0,025	0,917	0,456
		B – Empregado por conta própria	15	93,33	11,44				
		C – Empregado por conta de outrem	103	80,22	29,47				
		D – Desempregado	9	83,33	29,97				
		E – Reformado /Pensionista	8	79,70	21,06				
<b>Organização dos serviços</b>	A – Estudante	9	83,33	31,25	2,792	0,028	0,475	0,754	
	B – Empregado por conta própria	16	88,67	15,85					
	C – Empregado por conta de outrem	110	80,40	30,54					
	D – Desempregado	10	85,63	27,49					
	E – Reformado /Pensionista	9	88,89	16,17					
<b>Satisfação global</b>	A – Estudante	9	87,13	21,58	3,820	0,006	0,895	0,469	
	B – Empregado por conta própria	12	95,39	7,56					
	C – Empregado por conta de outrem	79	81,46	27,46					
	D – Desempregado	8	84,87	27,48					
	E – Reformado /Pensionista	7	87,78	12,93					
<b>Satisfação ECSI</b>	A – Estudante	12	73,61	28,17	1,219	0,304	0,915	0,456	
	B – Empregado por conta própria	21	80,95	21,59					
	C – Empregado por conta de outrem	156	69,39	29,35					
	D – Desempregado	12	77,08	27,09					
	E – Reformado /Pensionista	12	72,22	31,45					

Através do teste de T-Student, pretendeu-se avaliar se a presença de comorbilidades ou estados de saúde afetava significativamente os indicadores da satisfação e a satisfação global. Com base na Tabela 24, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem doenças/estados de saúde, relativamente aos índices de satisfação (EUROPEP), satisfação global EUROPEP e ECSI.

Tabela 24 - Resultados do Test T-Student nos índices de satisfação, em função da variável doenças ou estados de saúde associados.

	ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Doenças ou Estado de Saúde	n	Média	DP	Levene	p-value	T	p-value BL
EUROPEP	Relação médico-utente	Não	162	90,46	20,89	0,855	0,356	-0,433	0,666
		Sim	28	92,26	16,89				
	Assistência médica e técnica	Não	136	86,27	23,69	0,173	0,678	-0,077	0,939
		Sim	25	86,67	21,78				
	Informação e apoio	Não	125	86,60	23,72	2,311	0,131	0,931	0,353
		Sim	27	81,71	29,11				
Continuidade e cooperação	Não	123	82,83	26,90	0,981	0,324	0,937	0,350	
	Sim	24	77,08	30,32					
Organização dos serviços	Não	126	81,94	28,48	0,378	0,540	0,397	0,692	
	Sim	31	79,64	30,96					
	Global	Não	96	83,85	25,52	0,262	0,610	- 0,122	0,903
		Sim	19	84,63	23,41				
	ECSI	Não	185	71,04	29,22	1,660	0,199	0,179	0,858
		Sim	32	70,05	25,30				

Para avaliar se a autoavaliação da saúde afetava significativamente os indicadores chave da satisfação e da satisfação global (EUROPEP e ECSI) recorreu-se à ANOVA, seguida do teste *post-hoc*. Os resultados obtidos permitem afirmar que a autoavaliação do estado de saúde teve um efeito estatisticamente significativo nos seguintes índices de satisfação dos indicadores do EUROPEP: Relação médico-utente ( $p=0,045$ ), Assistência médica e técnica ( $p=0,027$ ), Informação e apoio ( $p=0,025$ ) e Continuidade e cooperação ( $p=0,036$ ), no índice de satisfação global ( $p=0,005$ ) e no índice de satisfação do modelo ECSI ( $p=0,014$ ). De acordo com o teste *post-hoc*, as diferenças estatisticamente significativas para os índices de satisfação dos indicadores EUROPEP e do índice de satisfação do modelo ECSI ocorrem entre a autoavaliação razoável e muito boa (Relação médico-utente:  $p=0,016$ ; Assistência médica e técnica:  $p=0,01$ ; Informação e apoio:  $p=0,06$ ; Continuidade e cooperação:  $p=0,019$ ; Índice de satisfação do modelo ECSI:  $p=0,014$ ). No que diz respeito à satisfação global, os utentes que avaliaram a sua saúde como sendo razoável apresentaram um índice médio de satisfação global inferior ao dos utentes que avaliaram o seu estado de saúde como bom ( $p=0,054$ ) e muito bom ( $p=0,001$ ). Finalmente, o índice médio de satisfação do indicador Organização dos serviços não foi influenciado pela autoavaliação do estado de saúde ( $p=0,069$ ) (Tabela 25).

Tabela 25 – Resultados da ANOVA e Teste *post-hoc*: Satisfação dos utentes em função da autoavaliação do estado de saúde.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO		Autoavaliação da saúde	n	Média	DP	Levene	P-value	F	P-value	Post-hoc
EUROPEP	Relação médico-utente	A – Razoável	40	84,90	24,27	8,091	< 0,001	2,743	<b>0,045</b>	A < C, p=0,016
		B – Boa	77	89,29	22,57					
		C – Muito boa	51	96,65	8,82					
		D – Excelente	20	91,88	21,69					
	Assistência médica e técnica	A – Razoável	33	78,28	27,16	4,559	0,004	3,141	<b>0,027</b>	A < C, p=0,01
		B – Boa	63	85,98	24,63					
		C – Muito boa	44	93,94	11,28					
		D – Excelente	19	82,46	28,99					
	Informação e apoio	A – Razoável	28	74,33	26,70	2,823	0,041	3,221	<b>0,025</b>	A < C, p=0,05
		B – Boa	63	85,71	25,56					
		C – Muito boa	41	92,84	18,83					
		D – Excelente	18	85,76	26,84					
	Continuidade e cooperação	A – Razoável	27	72,69	30,23	4,110	0,008	2,916	<b>0,036</b>	A < C, p=0,019
		B – Boa	62	78,63	30,57					
		C – Muito boa	39	91,03	20,06					
		D – Excelente	17	85,29	20,84					
	Organização dos serviços	A – Razoável	33	70,64	33,60	3,690	0,013	2,433	0,067	-
		B – Boa	64	81,64	29,08					
		C – Muito boa	42	88,54	22,47					
		D – Excelente	16	82,42	30,04					
Global	A – Razoável	19	68,14	29,36	6,151	< 0,001	4,486	<b>0,005</b>	A < B, p=0,050 A < C, p=0,001	
	B – Boa	49	83,03	27,16						
	C – Muito boa	29	94,15	10,15						
	D – Excelente	16	85,28	25,25						
ECSI	A – Razoável	47	64,89	27,58	3,213	0,024	3,113	<b>0,027</b>	A < C, p=0,014	
	B – Boa	80	73,33	25,55						
	C – Muito boa	57	80,41	22,90						
	D – Excelente	20	74,58	30,29						

Para avaliar a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre o índice de otimismo disposicional e os índices de satisfação de cada um dos indicadores-chave do EUROPEP, do índice de satisfação global e do índice de satisfação ECSI utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Verificou-se a existência de uma correlação positiva (fraca/moderada) entre o otimismo disposicional e cada um dos indicadores-chave da satisfação do EUROPEP (exceto para a organização dos serviços), satisfação global e satisfação ECSI (Tabela 26).

Tabela 26 - Correlações de Pearson entre a satisfação dos utentes e o otimismo disposicional.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO		R	p-value BL
EUROPEP	Relação médico-utente	0,210	<b>0,005</b>
	Assistência médica e técnica	0,226	<b>0,005</b>
	Informação e apoio	0,205	<b>0,015</b>
	Continuidade e cooperação	0,182	<b>0,034</b>
	Organização dos serviços	0,143	0,085
	Global	0,225	<b>0,020</b>
ECSI		0,355	<b>&lt;0,001</b>

Através do teste de T-Student, observou-se que os utentes que tinham resultado de teste positivo à COVID-19 estavam mais satisfeitos nos indicadores-chave Informação e Apoio e Continuidade e Cooperação do questionário EUROPEP, do que os utentes com teste negativo (Tabela 27).

Tabela 27 - Resultados do Test T-Student, na Satisfação dos Utentes em função da variável teste COVID-19.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Testou positivo à COVID-19?	n	Média	DP	Levene	p-value	T	p-value BL
EUROPEP	Relação médico/utente	Não	62	87,37	22,65	5,027	-1,455	0,149
		Sim	126	92,23	19,10			
	Assistência médica e técnica	Não	40	81,04	27,73	4,645	-1,422	0,161
		Sim	119	87,89	21,66			
	Informação e apoio	Não	41	77,44	31,06	14,687	-2,117	<b>0,039</b>
		Sim	109	88,59	21,43			
	Continuidade e cooperação	Não	46	73,10	33,54	19,555	-2,284	<b>0,026</b>
		Sim	99	85,61	23,44			
	Organização dos serviços	Não	50	76,25	32,24	4,729	-1,399	0,165
		Sim	105	83,63	27,18			
	Global	Não	33	77,27	29,10	5,454	-1,596	0,117
		Sim	80	86,35	23,11			
ECSI	Não	64	68,62	28,12	4,076	-1,849	0,066	
	Sim	141	75,89	25,09				

Na abordagem realizada anteriormente verificou-se a existência de algumas associações entre cada um dos índices de satisfação e algumas das variáveis independentes, nomeadamente, as habilitações literárias, a autoavaliação do estado de saúde, o otimismo disposicional e o resultado do teste COVID-19.

Com o objetivo de obter um modelo que permitisse prever os índices de satisfação em função das variáveis independentes recorreu-se à regressão linear múltipla com seleção das variáveis pelo método *stepwise*. A regressão linear múltipla (Tabela 28) permitiu identificar as variáveis índice de otimismo (IO) e estado de saúde como fatores preditores significativos dos índices de satisfação global (IO:  $t=2,895$ ;  $p=0,005$ ; Estado de saúde:  $t=2,176$ ;  $p=0,032$ ), ECSI (IO:  $t=4,622$ ;  $p<0,001$ ; Estado de saúde:  $t=2,254$ ;  $p=0,025$ ), Continuidade e cooperação (IO:  $t=2,367$ ;  $p=0,019$ ; Estado de saúde:  $t=1,991$ ;  $p=0,049$ ) e Organização dos serviços (IO:  $t=2,289$ ;  $p=0,024$ ; Estado de saúde:  $t=2,005$ ;  $p=0,047$ ). Nos indicadores assistência médica e técnica e informação e apoio, verificou-se que apenas a variável IO é preditora dos respetivos índices de satisfação (Assistência médica e técnica/IO:  $t=3,540$ ;  $p<0,001$  e Informação e apoio/IO:  $t=3,101$ ;  $p=0,002$ ). Relativamente ao índice de satisfação relação médico-utente, identificou-se o IO e as habilitações literárias como preditores significativos (IO:  $t=3,05$ ;  $p=0,003$ ; Habilitações Literárias:  $t=2,021$ ;  $p=0,045$ ).

Tabela 28- Regressão linear múltipla: Coeficientes dos modelos.

ÍNDICES DE SATISFAÇÃO	Modelo	Coefficientes não padronizados	Coefficientes padronizados	t	p-value	
EUROPEP	Relação médico-utente	Constante		7,634	< 0,001	
		Índice de otimismo	59,736	0,23	3,05	0,003
		Habilitações literárias	6,212	0,152	2,021	0,045
	Assistência médica e técnica	Constante	63,926		9,687	< 0,001
		Índice de otimismo	8,599	0,286	3,540	< 0,001
	Informação e apoio	Constante	64,586		9,108	< 0,001
		Índice de otimismo	8,208	0,260	3,101	0,002
	Continuidade e cooperação	Constante	51,344		5,276	< 0,001
		Índice de otimismo	7,349	0,202	2,367	0,019
		Estado de saúde	5,015	0,170	1,991	0,049
	Organização dos serviços	Constante	51,165		5,127	< 0,001
		Índice de otimismo	7,115	0,189	2,289	0,024
		Estado de saúde	5,180	0,166	2,005	0,047
	Global	Constante	49,187		5,258	< 0,001
		Índice de otimismo	8,571	0,273	2,895	0,005
		Estado de saúde	5,358	0,205	2,176	0,032
	ECSI	Constante	29,721		3,672	< 0,001
		Índice de otimismo	11,814	0,314	4,622	< 0,001
Estado de saúde		4,674	0,153	2,254	0,025	

Os modelos finais obtiveram-se selecionando apenas as variáveis predictoras significativas. Desta forma, os modelos finais são:

- Índice de satisfação – Relação médico-utente:

$\hat{Y} = 59,664 + 0,223 \times IO + 0,195 \times \text{Habilitações Literárias}$ ,  $f=10,725$ ,  
 $p<0,001$ .

- Índice de satisfação – Assistência médica e técnica:

$\hat{Y} = 62,390 + 0,298 \times IO$ ,  $f=14,415$ ,  $p<0,001$ .

- Índice de satisfação – Informação e apoio:

$\hat{Y} = 62,828 + 0,272 \times IO$ ,  $f=11,138$ ,  $p<0,001$ .

- Índice de satisfação – Continuidade e cooperação:

$\hat{Y} = 50,219 + 0,211 \times IO + 0,162 \times \text{Estado de Saúde}$ ,  $f=5,538$ ,  $p=0,005$ .

- Índice de satisfação – Organização dos serviços:

$\hat{Y} = 51,466 + 0,192 \times IO + 0,147 \times \text{Estado de Saúde}$ ,  $f=4,651$ ,  $p=0,011$ .

- Índice de satisfação global:

$\hat{Y} = 47,688 + 0,281 \times IO + 0,196 \times \text{Estado de Saúde}$ ,  $f= 7,590$ ,  $p<0,001$ .

- Índice de satisfação ECSI:

$\hat{Y} = 34,574 + 0,283 \times IO + 0,110 \times \text{Estado de Saúde}$ ,  $f= 10,568$ ,  $p<0,001$ .

### **5.3. Fiabilidade e validade do questionário**

O índice de satisfação global do questionário adaptado do EUROPEP e do ECSI foram avaliados quanto à sua consistência interna, através da análise do *Alpha de Cronbach*, observando-se um nível de consistência interna muito bom (0,987 e 0,953, respetivamente) (Tabela 29).

Quanto à validade das questões utilizadas no questionário, observa-se que as variáveis estão correlacionadas entre si, particularmente para as questões relacionadas com o questionário EUROPEP ( $KMO=0,924$ ), constatando-se que a correlação mínima que se observou foi de 0,601 (Anexo 8). Para o índice de satisfação ECSI, a recomendação face à análise fatorial é executável mas média ( $KMO=0,750$ ) (Anexo 9).

Tabela 29 – *Alpha de Cronbach* e *KMO*.

	<b><i>Alpha de Cronbach</i></b>	<b><i>KMO</i></b>
Satisfação global EUROPEP	0,987	0,924
Satisfação ECSI	0,953	0,750

## 6. Discussão

Esta secção procura fazer um resumo dos principais resultados do estudo, analisá-los e interpretá-los com base no tipo de estudo e na fundamentação teórica existente, identificando os pontos fortes e fracos do mesmo.

- **Características sociodemográficas**

Neste estudo, verifica-se que a representatividade do género feminino é maior, correspondendo a 65,1% das respostas aos questionários, o que vai de encontro aos dados obtidos noutros estudos. Por exemplo, em Ferreira et al. (2017), 65,3% da amostra era composta por mulheres, com uma idade média de  $50,8 \pm 17,1$  anos. Também outro estudo realizado em 2003/2004 sobre a satisfação dos utentes dos CS apresentou uma amostra constituída maioritariamente por utentes do género feminino (65,9%) (Ferreira et al., 2005).

No que respeita à idade média dos utentes que responderam ao questionário, esta é de  $42,2 \pm 12,7$  anos. O intervalo das idades varia entre os 16 e os 86 anos. No estudo de Ferreira (2001), verificou-se que a idade média da amostra foi de  $41 \pm 15$  anos. De destacar que, neste estudo, tanto o género como a idade não demonstraram ter um efeito significativo na satisfação dos utentes.

No que se refere às habilitações literárias, 83% dos utentes têm pelo menos o ensino secundário, o que revela o elevado grau de literacia da amostra em estudo. Este facto pode constituir um viés uma vez que poderão ser os utentes que apresentam maior grau de literacia, os que estão mais recetivos e disponíveis para a realização deste tipo de estudo. Verificou-se, também, que apenas 0,5% dos utentes referiram não saber ler ou escrever. Comparando com o estudo de Ferreira (2001), verificou-se que apenas 1% da amostra não sabiam ler nem escrever e que 52% da amostra tinham pelo menos o ensino secundário. Contrariamente ao observado neste estudo, noutros estudos semelhantes, verificou-se que o grau de habilitações literárias da amostra estudada foi mais baixo. Ferreira et al. (2017) constataram que quase 35% dos utentes inquiridos tinham uma escolaridade inferior ou igual ao 2º ciclo do ensino básico e que apenas 18,8% dos utentes apresentavam o ensino superior.

Neste estudo, destacou-se ainda que os utentes com maior nível de escolaridade se encontram mais satisfeitos nos índices de satisfação relativos à relação médico-utente, à assistência médica e técnica, satisfação global e satisfação ECSI. Este resultado está em concordância com outros estudos, tais como Hespanhol et al. (2005) e Oliveira

(2012), que concluíram também que os utentes com um maior nível de escolaridade tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados que lhe são prestados.

Relativamente à situação profissional, o presente estudo permitiu verificar que 71,6% dos utentes encontram-se empregados por conta de outrem, 9,6% encontram-se empregados por conta própria e 11,5% encontram-se inativos/não trabalham. No estudo de Ferreira et al. (2017), observou-se uma taxa de desemprego superior (16,5%). No estudo de Brito (2015), à semelhança dos resultados deste estudo, também se verificou que a situação profissional não tem um efeito estatisticamente significativo na satisfação global.

- **Autoavaliação da saúde e otimismo disposicional**

Em relação às doenças/estados de saúde, verificou-se que apenas 15,1% dos utentes referiam ter comorbilidades/estados de saúde que poderiam aumentar o risco de doença COVID-19 mais grave. Este resultado contrasta com os resultados encontrados noutros estudos, como Ferreira et al. (2001), em que 71% dos utentes afirmaram que seriam portadores de doenças crónicas. Estes resultados podem ser justificados pelo facto da amostra de utentes neste estudo ter idade mais jovem, pelo que apresentam menos comorbilidades e também pelo facto dos utentes não terem mencionado todas as suas doenças ao preencherem o questionário.

Os dados referentes à autoavaliação do estado de saúde revelam que 27,1 % da amostra perceciona a sua saúde como “muito boa”, 39,4% como “boa” e 22,5% como “razoável”. No estudo Ferreira et al. (2005), observou-se uma pior perceção do estado de saúde por parte dos utentes uma vez que apenas 16% dos utentes classificaram a sua saúde como “boa”, 55,3% classificaram como “razoável” e 22,1% como “má”. No estudo de Oliveira (2012), um número menor de utentes (5%) classifica a sua saúde como “má”, à semelhança do que acontece neste estudo (0,5%). Neste estudo, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias encontradas nos resultados da satisfação e esta variável (exceto para o índice de satisfação da organização dos serviços), em conformidade com o que aconteceu noutros estudos, como Oliveira (2012).

A pontuação média obtida na Escala de Otimismo Disposicional é de  $15,65 \pm 4,62$ , realçando-se que existe associação linear entre os índices de satisfação dos utentes (exceto para a organização dos serviços) e o otimismo disposicional, sendo possível afirmar que os utentes mais otimistas estão mais satisfeitos.

- **Sobre o acompanhamento COVID-19**

No acompanhamento COVID-19, destaca-se que pelo menos 90% dos utentes acompanhados por suspeita ou infeção COVID-19 afirmam que foram contactadas nas primeiras 24-48 horas e que lhe foram explicadas as medidas de isolamento e sinais de alarme. Do total dos 218 utentes, 66,5% estiveram infetados com COVID-19. Destes, apenas 65,5% consideram que houve disponibilidade após a alta para responder a dúvidas relacionadas com a doença COVID-19, o que releva um importante ponto a melhorar.

- **Satisfação com acompanhamento COVID-19**

Esta secção procura apresentar, de forma resumida, os principais resultados encontrados relativos aos cinco indicadores do EUROPEP, ao índice de satisfação global e à dimensão satisfação da escala ECSI.

Para o primeiro indicador-chave EUROPEP, relação médico-utente, sublinha-se que este foi o que obteve maior índice médio (90,72), ou seja, os utentes estão mais satisfeitos com a relação com o seu médico de família do que nos restantes indicadores da satisfação. Este facto está de acordo com os resultados descritos em Ferreira et al. (2005). Relativamente à assistência médica e técnica, o índice de satisfação obtido foi de 86,34. No que diz respeito à informação e apoio, o principal ponto a melhorar é a oferta de ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a doença COVID-19. Na continuidade e cooperação, sublinha-se que é importante que a equipa de saúde prepare melhor os seus utentes sobre o que esperar dos cuidados hospitalares e de outras especialidades. Quer este indicador, como o da organização dos serviços, foram os que obtiveram menor pontuação na forma de índice (respetivamente, 81,89 e 81,49).

Quando comparado com outros estudos que aplicaram o questionário EUROPEP previamente à pandemia COVID-19, verificou-se que os níveis de satisfação obtidos por esta equipa de saúde familiar são muito elevados. De facto, no estudo Oliveira (2012), os índices de satisfação obtidos foram bastante inferiores, variando de 29,3 (para organização de serviços) a um máximo de 63,2 (para relação médico-utente). Assim, teria sido interessante comparar o resultado deste estudo, com resultados prévios de avaliação da satisfação nesta USF, de forma a compreender a diferença registada nos índices de satisfação.

Um estudo realizado por Maher et al. (2021) comparou os resultados de satisfação com os cuidados recebidos nos meses prévios à pandemia COVID-19 e nos primeiros meses de pandemia COVID-19 com a incorporação da prática da telessaúde, verificando que na maioria das especialidades médicas ocorreu uma diminuição da probabilidade dos seus utentes recomendarem a sua prática médica, diminuindo desta forma o nível de satisfação. Contudo, a magnitude desta diminuição variou conforme a especialidade médica, destacando-se a Oncologia e a Oftalmologia como as únicas especialidades que mantiveram os índices de satisfação praticamente inalterados. Na MGF registou-se uma diminuição acentuada da satisfação dos utentes, passando de um score de 93,85 (92,11-95,59) na avaliação pré-COVID para um score de 76,1 (65,18-87,03) na avaliação pós-COVID.

Por outro lado, os resultados de um trabalho de revisão sobre a satisfação dos utentes com o uso da telessaúde durante COVID-19 (Andrews et al., 2020) demonstrou que em 14 dos 16 estudos a satisfação dos utentes com o acompanhamento por teleconsulta foi alta. Outro resultado interessante desta revisão foi o facto de, também, os profissionais de saúde apresentarem elevada satisfação com o uso de práticas de telessaúde. Na realidade, já antes da pandemia COVID-19, Kruse et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática para explorar a associação entre a telessaúde e a satisfação do utente, demonstrando a possibilidade da telessaúde vir a ultrapassar alguns dos limites impostos aos cuidados de saúde, com apenas um estudo referindo resistência à mudança. Esta revisão também relevou que, no geral, os pacientes mais velhos foram os que apresentaram maior resistência ao uso de telessaúde.

Numa revisão sobre o impacto da teleconsulta, quer nos CSP, quer nos cuidados secundários, Domingos et al. (2022) demonstraram não existir ainda consenso quanto aos resultados dos indicadores de morbimortalidade em utentes com doenças crónicas acompanhados por teleconsulta. Cinco dos oito estudos revelaram benefício significativo na morbimortalidade com o recurso a teleconsulta, face aos cuidados habituais, nomeadamente: melhoria da qualidade de vida e diminuição de hospitalização e mortalidade por todas as causas. Além disso, a utilização de teleconsulta demonstrou ser menos dispendiosa pois, segundo um dos estudos, esta associa-se a uma diminuição de 17% dos custos mensais dos cuidados recebidos. No entanto, a evidência existente é ainda limitada relativamente ao papel da teleconsulta na morbimortalidade em utentes com patologia crónica.

Quanto à avaliação global dos cuidados prestados com base na escala de ECSI, 39,4% dos utentes classificam a satisfação global com os cuidados recebidos como “excelente”

e 47,7% como “muito boa” ou “boa”, o que vai de encontro com o estudo de Cabral et al. (2002), em que 49,3% dos utentes avaliaram os cuidados recebidos como bons ou muito bons. Sublinha-se ainda que, em Cabral et al. (2002), 13,0% dos utentes consideraram a avaliação dos cuidados recebidos como má ou muito má, resultado também semelhante ao encontrado neste estudo (9,1%).

- **Sugestões/comentários**

Das sugestões apresentadas no Anexo 7, destaca-se a necessidade de melhoria do atendimento telefónico, presente em 23,1% dos comentários efetuados. De facto, após a realização deste estudo e o conhecimento dos seus principais resultados, houve a substituição de todos os telefones da USF, recorrendo-se também à implementação e ao uso de um *software* informático que passou a permitir ao utente selecionar qual o motivo do contacto quando liga para a USF e que passou a permitir aos profissionais da USF, em particular às assistentes técnicas, retribuir a chamada, sempre que oportuno, de acordo com as prioridades previamente estabelecidas.

Outra sugestão também muito referida nos comentários foi a consulta após a infeção COVID-19, principalmente para avaliar as consequências desta doença. Apesar do prognóstico da COVID-19 ainda não ser totalmente conhecido, os sintomas têm persistido ou têm ocorrido complicações a longo prazo num elevado número de casos (Carfi et al., 2020). Esta condição é designada como condição pós-COVID-19, sendo definida pelo conjunto de sintomas que ocorrem em pessoas com história de infeção por SARS-CoV-2, habitualmente 3 meses após o início dos sintomas agudos e com, pelo menos, 2 meses de duração e que não são explicados por diagnóstico alternativo (DGS, 2022c). Os sintomas mais frequentes são fadiga, dispneia, alterações do olfato e do paladar, depressão, ansiedade e disfunção cognitiva. Desta forma, a abordagem à condição pós-COVID-19 é ainda complexa, face à falta de recursos que existem. No entanto, destaca-se que esta avaliação não está recomendada por rotina mas apenas quando existem sintomas. Atualmente, na USF, é disponibilizada consulta a utentes que apresentem sintomas ou que, aquando do fim das medidas de isolamento, apresentem risco de evolução para condição pós-COVID-19, pelo que lhes é aconselhado fazer uma avaliação clínica entre quatro a seis semanas após o início da fase aguda da doença. Nessa consulta, a avaliação clínica inicial deve incluir: história da doença atual com a evolução temporal da doença, duração e gravidade dos sintomas, complicações e terapêuticas efetuadas, evolução da recuperação, persistência ou surgimento de sintomas de novo e retorno ao estado funcional prévio à COVID-19. A avaliação analítica não está recomendada por rotina, sendo determinada pela gravidade

da doença na fase aguda e pelos sintomas presentes (Greenhalgh et al., 2020). A avaliação imagiológica do tórax, com radiografia, está recomendada doze semanas após o início da fase aguda nos utentes com história de infiltrados pulmonares, sintomas respiratórios persistentes ou de novo e alterações cardiopulmonares no exame físico (Mark & Mikkelsen, 2021, cit. in DGS, 2022c).

## 7. Conclusão

Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões e limitações desta investigação, bem como sugestões para futuras investigações.

Com este estudo, verificou-se que a satisfação com o acompanhamento COVID-19 dos utentes da USF Santa Joana com as práticas de telessaúde foi alta, contribuindo para que a nível dos CSP se continue a mudança de paradigma introduzida com a pandemia COVID-19: o maior recurso à telessaúde.

As principais conclusões com este trabalho foram:

- 39,4% dos utentes classificam a satisfação global com os cuidados recebidos como “excelente”, 25,7% como “muito boa” e 22,0% como “boa”;
- A idade, o género e a situação profissional mostraram não influenciar a satisfação;
- As habilitações literárias, a autoavaliação do estado de saúde, o otimismo disposicional e o resultado do teste à COVID-19 demonstraram ter um efeito estatisticamente significativo nalguns dos índices de satisfação:
  - Os utentes que apresentam habilitações literárias superiores, são os que se apresentam mais satisfeitos nos índices de satisfação relação médico-utente, assistência médica e técnica, satisfação global e satisfação ECSI.
  - Globalmente, os utentes que avaliaram a sua saúde como “razoável” apresentam um índice de satisfação inferior aos dos utentes que avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom”, exceto para o indicador organização dos serviços.
  - Os utentes mais otimistas são os que se apresentam mais satisfeitos em todas as dimensões da satisfação, exceto na organização dos serviços.
  - Os utentes infetados por COVID-19 apresentam-se mais satisfeitos nas dimensões informação e apoio e continuidade e cooperação do que os utentes acompanhados apenas por suspeita de infeção COVID-19.
- No questionário EUROPEP, o indicador-chave com que os utentes estão mais satisfeitos é a relação médico-utente (90,72) e menos satisfeitos é a organização de serviços (81,49);
- No acompanhamento COVID-19, destaca-se que 5% dos utentes referem que não lhes foram explicados os sinais de alarme para ir ao serviço de urgência e que 5% dos utentes referem que não houve disponibilidade, após a alta, para responder a dúvidas que decorreram da doença COVID-19;

- A sugestão mais apresentada pelos utentes é a melhoria do atendimento telefónico na USF, o qual já foi alterado, com a substituição dos telefones e a aquisição de um *software* informático que permite devolver todos os contactos e fazer a respetiva triagem dos mesmos.

De uma forma geral, os dados deste estudo contribuem ainda para reconhecer o acompanhamento prestado por esta equipa de saúde, bem como por todas as equipas dos CSP, como uma componente essencial da resposta médica à COVID-19, reduzindo a procura por cuidados de saúde presenciais e a exposição de equipas de saúde a pacientes infetados. A aplicação destes questionários permitiu também perceber quais as oportunidades de melhoria no acompanhamento pela USF destes utentes, podendo ser o ponto de partida para a implementação de uma metodologia semelhante noutras áreas, que levará à realização de novos estudos, como por exemplo, a aplicação do questionário EUROPEP para avaliação das consultas presenciais nesta unidade de saúde, o que até permitirá comparar os resultados obtidos com os resultados descritos anteriormente na avaliação dos cuidados recebidos com o acompanhamento por suspeita ou infeção COVID-19.

Contudo, as conclusões têm de ser entendidas como limitadas ao contexto deste estudo. Assim, é importante reconhecer a limitação derivada de:

- Baixa adesão dos utentes ao preenchimento do instrumento de recolha de dados – uma amostra de maior dimensão permitiria retirar conclusões mais robustas.
- Dificuldades na divulgação do questionário, uma vez que os questionários foram enviados por email aos 400 utentes selecionados aleatoriamente e só foram disponibilizados em papel quando o utente o requereu ou não tinha email associado ao processo clínico.
- Inexistência de um questionário semelhante aplicado anteriormente a utentes desta USF para avaliar a sua satisfação com os cuidados recebidos.
- Impossibilidade de generalizar as conclusões obtidas à população formada por todos utentes acompanhados em unidades de CSP por suspeita ou infeção COVID-19.

Para trabalhos futuros, considera-se importante uniformizar a avaliação da satisfação do utente, com base na adoção de um único instrumento de recolha de dados, que permita a sua aplicação por todas as unidades de saúde e a diminuição da heterogeneidade dos resultados obtidos, para que desta forma esta possa funcionar como um indicador válido que permita a comparação entre diferentes instituições de

saúde. Sugere-se, também, a aplicação novamente deste questionário, em contexto de futuras pandemias, para avaliar a evolução do recurso/utilização de teleconsultas e da adaptação dos cuidados a futuras crises pandémicas.

Como futuras linhas de investigação, considerando que as variáveis independentes da autoavaliação do estado de saúde e do otimismo disposicional revelaram ser fatores preditores significativos dos índices de satisfação, estas escalas/questões deveriam ser incluídas em questionários de avaliação da satisfação mais universalmente usados, como, por exemplo, o da EUROPEP.

Para terminar, este trabalho realça a importância da satisfação dos utentes, como uma medida da adequação dos cuidados às expectativas dos mesmos, o que é um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados, constituindo uma ferramenta de apoio à gestão das unidades de saúde, permitindo identificar os principais pontos a melhorar e prever os comportamentos dos utentes enquanto “consumidores” dos serviços de saúde. É cada vez mais importante promover uma maior participação e envolvimento dos utentes na proteção e promoção da sua saúde, o que implica também estar envolvido no desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde.

## 8. Bibliografia

- Academia das Ciências de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa* (2ª edição). Verbo.
- Andrews, E., Berghofer, K., Long, J., Prescott, A., & Caboral-Stevens, M. (2020). Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100008>.
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R. & Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 324-339. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x>.
- Balsas, A. (2013). Avaliação da satisfação dos utentes nas unidades móveis de saúde [Dissertação de Mestrado, ISCTE Business School]. Repositório ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M., & Amenta, P. (2016). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 2016, 137, 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>.
- Baudier, P., Kondrateva, G., Ammi, C., Chang, V. & Schiavone, F. (2021). Patients' perceptions of teleconsultation during COVID-19: A cross-national study. *Technological Forecasting & Social Change* 163:120510. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120510>.
- BI-CSP (2022, agosto 17). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – USF Santa Joana. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010592/Pages/default.aspx>.
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.

- Brito, T. (2015). Qualidade em saúde - satisfação do utente com o serviço de urgências do Hospital de Santa Maria [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona.
- Cabral, M., & Alcântara, S. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal* (1ª edição). Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M., Alcântara, S., & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal* (2ª edição). Imprensa de Ciências Sociais.
- Carfi, A., Bernabei, R. & Landi, F. (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 324(6), 603-605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>.
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, 14(3), 236-249.
- Centro Nacional de Telessaúde (2022, novembro 20). Conceitos Telessaúde. <https://www.cnts.min-saude.pt/category/telessaude/conceitos/>.
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro (1ª edição). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Costa, G. (2011). Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa]. RUN – Repositório da Universidade Nova.
- DGS, (2020a). Norma n.º 004/2020 - Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Atualizada a 14/10/2020. [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma\\_004\\_2020\\_act\\_19\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf).
- DGS, (2020b). Norma n.º 004/2020 - Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Atualizada a 06/07/2022. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx>.
- DGS, (2022a). Norma n.º 013/2022 - Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Publicada a 28/11/2022. <https://covid19.min->

saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/Norma\_013\_2022\_28112022\_pdf-513kb.pdf.

- DGS, (2022b). Relatório de Vacinação Diário nº 97 | 10/03/2022. [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/Relatorio\\_Vacinacao\\_Diario\\_20220310\\_pdf-244kb.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/Relatorio_Vacinacao_Diario_20220310_pdf-244kb.pdf).
- DGS, (2022c). Norma n.º 002/2022 - COVID-19: Condição pós-COVID-19. Publica a 17/03/2022. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022022-de-7032022-pdf.aspx>.
- Domingos, I., Gonçalves, A., Dias, I., Silva, R., Caetano, J., & Fonte, P. (2022). Terá a teleconsulta impacto na morbimortalidade dos doentes com patologias crónicas? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 172-81. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13152>.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- ECSI, (2021, outubro 21). Modelo de Satisfação do Cliente. <https://www.ecsiportugal.pt/metodologia-e-modelo/modelo-de-satisfacao-do-cliente/>.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS), (2009). Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Porto: ERS.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, nº.6, p.1267-1276.
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH), (2019). Report on Assessing the Impact of Digital Transformation of Health Services. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2875/09099>.
- FEM (2016). *World Economic Forum White Paper Digital Transformation of Industries: In collaboration with Accenture*. <https://reports.weforum.org/digital-transformation/wp-content/blogs.dir/94/mp/files/pages/files/digital-enterprise-narrative-final-january-2016.pdf>.

- Ferreira, P. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários. Aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17, 15-45. <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9821>.
- Ferreira, P., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Ministério da Saúde.
- Ferreira, P., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 53- 61.
- Ferreira, P., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). A voz dos utilizadores dos Centros de saúde. Ministério da Saúde - Instituto da Qualidade em Saúde.
- Ferreira, P., Raposo, V., & Pisco, L. (2017). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & saúde coletiva*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33252016>.
- Ferreira, P., Raposo, V., & Tavares, A (2020). Primary health care patient satisfaction: explanatory factors and geographic characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*: 1-6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz134>.
- Fitzpatrick, R. (2007). Patient satisfaction. In S. Ayer, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman & R. West (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 477-481). Cambridge University Press.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª Edição). Lusodidacta.
- Franco, V. (1999). A Satisfação do Cliente. *Dirigir*, 34, 42-46.
- Gava, G. (2020). A experiência portuguesa da atenção primária à saúde: êxitos, desafios e lições para o Brasil [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia]. Repositório Unicamp.
- Goldstein, M., Elliott, S., Guccione, A. (2000). The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*, 80(9), 853-863.

- Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa: Direção de Saúde.
- Greenhalgh, T., Javid, B., Knight, M., & Inada-Kim, M. (2020). What is the efficacy and safety of rapid exercise tests for exertional desaturation in covid-19? *Oxford COVID-19 Evidence Service*.
- Grol, R., & Wensing, M. (2000). Patients evaluate general/family practice - The EUROPEP instrument. [http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol\\_Wensing\\_2000\\_The\\_EUROPEP\\_Instrument\\_EQUIP\\_WONCA.pdf](http://test.equam.ch/wp-content/uploads/2018/01/Grol_Wensing_2000_The_EUROPEP_Instrument_EQUIP_WONCA.pdf).
- Guadagnino, C. (2003). Role of patient satisfaction. *Physician's News Digest*, p. 1-12. <http://www.physiciansnews.com/cover/1203>.
- Hajesmaeel-Gohari, S., & Bahaadinbeigy, K. (2021). The most used questionnaires for evaluating telemedicine services. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 21:36. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01407-y>.
- Hall, T., & Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Social Science & Medicine*, 30, 811-818. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7).
- Hespanhol, A., & Pinto, A. (2005). O regime remuneratório do Centro de Saúde S. João: “Tubo de Ensaio”. *Arquivos de Medicina*, 19 (3), 113-120.
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar qualidade no centro de saúde São João: Satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), 191-197.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Edinova.
- Instituto da Qualidade em Saúde, (2005). Edição Especial MoniQuOr 2004: Qualidade Organizacional em análise.
- Juran, J., & Gryna, F. (1991). *Controle da qualidade: Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade*. São Paulo, Editora MacGraw-Hill Ltda.

- Kluge, H. (2020, março 19). Statements, press, and ministerial briefings. We can beat COVID-19 virus through solidarity. [Conferência, OMS]. Dinamarca. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements>.
- Kotler, P. (1998). Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controle (5ª edição). São Paulo, Atlas.
- Kruse, C., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2021). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* 7:e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>.
- Lapão, L., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042418>.
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476. ISSN 1657-9267.
- Lei nº 95/2019 (Lei de Bases da Saúde) de 4 de setembro 2019. Diário da República, nº169, Série I, p. 55-56. Assembleia da República.
- Lourenço, B. (2008). A satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa.
- Maher, D., Hess, D., Edwards, C., & Allen, L. (2021). Changes in Patient Satisfaction Scores During the Early COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-5. <https://doi.org/10.1177/2374373521103461>.
- Mann, D., Chen, J., Chunara, R., Testa, P., & Nov, O. (2020). COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of American Medical Informatics Association (JAMIA)* 27, 1132–1135. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª edição). Edições Sílabo.

- Ministério da Saúde (2007). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico - 2007–2009 (1ª edição). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. VFBM Comunicação, Lda.
- Ministério da Saúde (2021). Relatório Anual - Acesso aos Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf).
- Ministério da Saúde (2022). Relatório Anual - Acesso aos Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2021. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>.
- Modrow, S., Falke, D., Truyen, U., & Schätzl, H. (2013). Viruses with singlestranded positive-sense RNA genomes. *Molecular Virology*, 209, [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-20718-1\\_14](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-20718-1_14).
- Neto, I., & Campos, A. (2022, setembro 30). Covid-19: isolamento deixa de ser obrigatório e baixa já não é paga a 100%. Público. <https://www.publico.pt/2022/09/30/sociedade/noticia/covid19-isolamento-infectados-deixa-obrigatorio-2022491>.
- Nielsen Norman Group (2021, outubro 9). When and How to Create Customer Journey Maps. Obtido de: <https://www.nngroup.com/articles/customer-journey-mapping/>.
- Oliveira, A. (2012). Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do Interior. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer* (2ª edição). New York: MacGraw Hill.
- OMS, (1978). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração Alma-Ata. <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>.

- OMS, (2010). Telemedicine - opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth. (Global observatory for eHealth series). Geneva, Suíça.
- OMS, (2020). Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva, Suíça. [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6).
- OMS, (2022, janeiro 23). Timeline: WHO's COVID-19 response. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing, Fall*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L., (1988). SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.
- Parlamento, (2022, janeiro 23). Estado de emergência | COVID-19. <https://www.parlamento.pt/Paginas/covid19.aspx>.
- Pereira, M., Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2:69-80.
- Pestana, D., & Velosa, S. (2002). *Introdução à probabilidade e à estatística - Volume I*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- Pisco, L. (2007). *Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde* [Apresentação de artigo]. Conferência Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de Saúde, Viseu.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em

agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(2), 2841-2852.

- Portela, M. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld, S., *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. (pp. 259 – 269). Editora Fiocruz. <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>.
- Ramos, B. (2013). Satisfação Final dos Utes Face ao Tempo de Espera [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior]. Ubbliorum – Repositório Digital da UBI.
- Ramsay, J., Campbell, J., Schroter, S., Verde, J., & Roland, M. (2000) The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 17(5), 372-379. <https://doi.org/10.1093/fampra/17.5.372>.
- Ribeiro, A. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.
- Ricciardi, W., Barros, P., Bourek, A., Brouwer, W., Kelsey, T., & Lehtonen, L. (2019). How to govern the digital transformation of health services. *European Journal of Public Health*, 29(3), 7–12. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz165>.
- Rocha, D. (2011). Otimismo e esperança nos idosos [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. (2016). Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Revista Saúde Pública* 50:61. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006259>.
- Rosenbaum, M., Otolara, M., & Ramírez, G. (2016). How to create a realistic customer journey map. *Business Horizons*, 60 (1), 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.010>.
- Salazar, A. (2000). A avaliação da qualidade dos serviços: o caso de uma seguradora. *Revista Portuguesa de Gestão*, 15(13), 59-64.

- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondièrre, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal - A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais* (1ª Edição). VFBM Comunicação, Lda.
- Silva, S. (2014). Avaliação da qualidade de serviço numa organização de saúde privada em Lisboa [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Silva, S., & Fonseca, A. (2017). Portuguese primary healthcare – sustainability through quality management. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34 (2). <https://doi.org/10.1108/IJQRM-05-2015-0066>.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45, 1829-1843.
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2002). Administração da produção (2ª edição). São Paulo: Atlas.
- Smith, R. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine*, 63, 3113-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.004>.
- SNS 24 (2021, outubro 9). COVID-19. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-3>.
- Sousa, J. (s.d.). Impacto da pandemia COVID19 na prestação de cuidados de saúde em Portugal Saúde em Dia - Não mascare a sua saúde. [https://apah.pt/wp-content/uploads/2020/09/PPT\\_SaudeEmDia\\_MOAI\\_ToPresent.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2020/09/PPT_SaudeEmDia_MOAI_ToPresent.pdf).
- SPMS (2020). Trace COVID-19 - Gestão de Vigilâncias - Manual de utilizador 2020. Versão 1.0. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/TraceCOVID-deck-V1.pdf>.
- SPMS (2022, janeiro 23). A plataforma Trace-Covid 19. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/trace-covid-19/>.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, evaluation and policy* (1ª edição). Oxford University Press.

- Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50(2), 219-48. <https://doi.org/10.1177/107755879305000205>.
- Taylor, S. (1994). Waiting for service: The relationship between delays and evaluations of service. *Journal of Marketing*, 58, 56-69.
- Vidal-Alaball, J., Acosta-Rojac, R., Hernández, N., Luque, U., Morrison, D., Pérez, S., Perez-Llano, J., Vèrges, A., & Seguí, F. (2020). Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atención Primaria*, 52(6), 418-422. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>.
- Vilares, M., & Coelho, P. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologias de avaliação, gestão e análise*. Escolar Editora.
- Ware, J., Davies-Avery, A., & Stewart, A. (1977). The Measurement and Management of Patient Satisfaction: A Review of the Literature. *Health & Medical Care Services Review*, 1(1), 3-15.
- Wensing, M., Mainz, J., & Grol, R. (2000). A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *The European Journal of General Practice*, 6(3), 82-87 <https://doi.org/10.3109/13814780009069953>.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. Nova York: Londres, Free Press.

## 9. Anexos

### 9.1. Anexo 1 - *Customer Journey Map* do utente com suspeita ou infeção por COVID-19

	1. QUEM? Experiência do utente acompanhado por suspeita ou infeção COVID-19	2. CENÁRIO: Acompanhamento dos utentes com suspeita ou infeção COVID-19	3. OBJETIVOS: - Avaliar a satisfação do utente com o acompanhamento prestado pela sua equipa de saúde durante a suspeita ou infeção COVID-19. - Identificar os pontos positivos e negativos deste acompanhamento. - Personalizar os cuidados oferecidos e melhorar a experiência global com este acompanhamento.				
	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5	Etapa 6	Etapa 7
Momento	Sintomas COVID-19 ou contacto de alto risco.	Encaminhamento para isolamento no domicílio	Confirmação da infeção ou não infeção por COVID-19.	Primeira consulta de acompanhamento	Consultas subsequentes de acompanhamento	Alta após COVID-19	Condição pós-COVID
Ações	Contactar a linha SNS 24 OU contactar a USF OU ir ao hospital	Iniciar o isolamento no domicílio	Aguardar informação do resultado de teste	Consciencializar-se do resultado.	Avaliar a temperatura e reportar os sintomas à Equipa de Saúde	Terminar a vigilância, se assintomático.	Contactar a equipa de saúde por manter sintomas como dispneia ou dor pleurítica
Pensamento	“Será que estou com COVID-19?”	“O que devo fazer agora?”	“Será que estou mesmo infetado?”	“Tenho COVID-19 e agora?”	“Dói-me tanto a cabeça Tenho febre...”	“Posso voltar à vida normal?”	“Ainda me sinto mal. O que devo fazer agora?”
Emoções	Preocupação, alarmismo	Preocupação, alarmismo	Preocupação, medo, ansiedade	Medo, ansiedade e descontrolo emocional	Medo, tristeza	Esperança	Alarmismo, tristeza, cansaço
Oportunidades	Realizar pesquisa diária na plataforma Trace-COVID dos utentes inseridos na plataforma em vigilância pela equipa de saúde familiar.	Contactar o utente em 24-48 horas após primeiro contacto para: -Esclarecimento da história clínica. -Explicação das medidas de isolamento. -Explicação das medidas de etiqueta respiratória e higiene a ter em casa. -Emissão de teste SARSCoV2 (se não emitido). - Esclarecimento acerca dos sinais de alarme.	Comunicar o resultado do teste SARSCoV2. Se negativo e sintomas, mantém vigilância. Se negativo e contacto de risco com sintomas, mantém vigilância. Se negativo e contacto de risco assintomático, passa a vigilância ativa pela Saúde Pública. Se positivo, mantém acompanhamento pela equipa de saúde da USF por pelo menos 10 dias desde o desenvolvimento dos sintomas ou do momento que testou positivo.	Esclarecer sobre o carácter imprevisível da doença. Disponibilizar ajuda e apoio emocional. Explicar os sinais de alarme que motivem necessidade de ser observado em serviço de urgência. Partilhar o contacto de serviço para emergências. Emitir Certificado de Incapacidade Temporária. Monitorizar a temperatura diária. Registar os sintomas relatados pelo utente na plataforma do Trace-COVID + S-Clínico.	Monitorizar a temperatura diária. Registar diariamente os sintomas relatados pelo utente na plataforma do Trace-COVID + S-Clínico. Introduzir o auto reporte, se cumprir os critérios. Prescrever tratamento farmacológico direcionado às queixas. Monitorizar outros sinais vitais como Saturação de Oxigénio, se necessário. Encaminhar para o serviço de urgência, se necessário. Promover literacia em saúde. Escuta terapêutica.	Colocar o utente sem vigilância na plataforma Trace-COVID. Explicar os critérios de alta clínica. Informar dos cuidados a adotar no retorno à vida social. Dar disponibilidade de contacto após a alta para responder a dúvidas e problemas que decorreram da doença COVID-19.	Tranquilizar, Realizar avaliação clínica. Prescrever análises ou avaliação imagiológica, como raio-X de tórax. Prescrever terapêutica, se necessário. Escuta terapêutica. Pedir Medicina Física e Reabilitação, como respiratória.
Responsável	Equipa de Saúde da USF	Equipa de saúde da USF	Equipa de saúde da USF	Equipa de Saúde da USF	Equipa de Saúde da USF	Equipa de Saúde da USF	Equipa de Saúde da USF

## 9.2. Anexo 2 – Autorização da utilização do questionário EUROPEP

RE: Tese de mestrado - Questionário Satisfação do utente com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19

Pedro L Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>

qui, 16/12/2021 02:29

Para: Leonor Jota Pereira Cabral Amaral <LJAmaral@arscentro.min-saude.pt>; ceisuc@fe.uc.pt <ceisuc@fe.uc.pt>

Cc: Maria Joao Pereira Peres Rocha Marques <MJMarques2@arscentro.min-saude.pt>; halves@ubi.pt <halves@ubi.pt>

Cara Drª Leonor Amaral,

É com muito gosto que autorizo a utilização do questionário EuroPeP, cuja versão portuguesa é de minha autoria.

Anexo algumas referências relativas às versões original e portuguesa do EuroPeP:

- 2020 – Ferreira PL, Raposo V, Tavares A. Primary health care patient satisfaction: explanatory factors and geographic characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*. Feb 2020; 1-6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz134>
- 2016 – Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2016 Sep; 50: 61. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006259>
- 2010 – Ferreira PL, Antunes P, Portugal S. *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.
- 2007 – Ferreira PL, Raposo V, Pisco L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da Região de Lisboa e Vale do Tejo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007 Mar;22(3), 747-758. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33252016>
- 2006 – Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006; 22(3): 285-96.
- 2005 – Raposo V, Ferreira PL. Europep: a quality improvement tool to link health governance and clinical governance in the process of change. *Quality of Life Research* 2005; 14(9): 2107.
- 2002 – Hearnshaw H, Wensing M, Mainz J, Grol R, Ferreira PL, Helin-Salmivaara A, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Szecsenyi J. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice in eight European countries. *Primary Health Care Research and Development* 2002; 3: 231-237.
- 2001 – Ferreira PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2001; Vol Tem 2: 53-61.
- 2000 – Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice* 2000 Nov, 50 (460): 882-887.
  - Grol R e Wensing M. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen, Países Baixos: Europep Group, 2000.
  - Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2000; 16 (1): 53-62
- 1999 – Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi, J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999 Feb; 16 (1); 4-11.
  - Ferreira PL. A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999.
- 1998 – Wensing M, Mainz J, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J, Grol R. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy* 1998 Sep; 45 (3): 175-186.

### 9.3. Anexo 3 – Autorização da utilização do questionário LOT-R



Leonor Amaral <leonorpereira.amaral@gmail.com>

---

#### **Tese de mestrado - Questionário Satisfação do utente com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19**

Mail Notification <carloslaranjeira@hotmail.com>  
Para: Leonor Amaral <leonorpereira.amaral@gmail.com>

22 de novembro de 2021 às 21:08

Cara Dr<sup>a</sup> Leonor:

Espero que se encontre bem!

Começo por parabenizá-la pelo seu trabalho e pela relevância da temática.

Tem a minha autorização para a realização do seu estudo e gostaria de posteriormente ter acesso aos seus resultados.

Votos de bom trabalho!

Carlos Laranjeira

---

**De:** Leonor Amaral <leonorpereira.amaral@gmail.com>

**Enviado:** domingo, 21 de novembro de 2021 19:35

**Para:** carloslaranjeira@hotmail.com <carloslaranjeira@hotmail.com>

**Cc:** Helena Alves <halves@ubi.pt>; Maria Joao Pereira Peres Rocha Marques <MJMarques2@arscentro.min-saude.pt>

**Assunto:** Tese de mestrado - Questionário Satisfação do utente com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19

## 9.4. Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

### **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-067:ID1123**

Na sua reunião de 14 de dezembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Satisfação do utente com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19**”, da proponente **Leonor Jota Pereira Cabral Amaral**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-067.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS  
**SANTOS**  
Num. de identificação: BI112741975  
Data: 2021.12.20 18:16:29+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

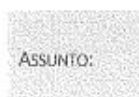
(Professora Auxiliar)

## 9.5. Anexo 5 – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:  FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tomado conhecimento e deliberado homologar o Parecer Final de Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>13.01.2022</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ASSUNTO:

Parecer sobre o Projeto 82/2021 (Ressubmissão) – "satisfação com o acompanhamento da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19".

*[Signature]*  
Dr.ª Rosa Reis Marques  
Presidente

*[Signature]*  
Dr. Mário Ruivo  
Vogal

Na primeira submissão deste estudo faltaram as autorizações das versões portuguesas dos instrumentos de medição *Revised Life Orientation Test* e *EuroPEP*.

*[Signature]*  
Dr. Fernando Cravo  
Vogal

Tendo, posteriormente, as autoras enviado a referidas autorizações, esta Comissão de Ética emite o seu parecer favorável ao projeto.

*Pd/* O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

*[Signature]*

*[Signature]*

## **9.6. Anexo 6 - Questionário satisfação do utente com o acompanhamento COVID-19**

A equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Santa Joana vai levar a cabo um trabalho de investigação sobre a satisfação do utente com o acompanhamento recebido da sua equipa de saúde perante a suspeita ou infeção COVID-19. Com este questionário, pretende-se avaliar a sua experiência neste período, de forma a conseguir melhorar os cuidados de saúde e o acompanhamento prestado pela USF.

Este estudo não tem qualquer financiamento e é destinado aos utentes que foram seguidos por suspeita ou infeção COVID-19. Os dados recolhidos serão analisados e tratados pela médica interna Leonor Jota Pereira Cabral Amaral, aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior e a realizar um estudo sobre "Satisfação do utente durante o acompanhamento perante a suspeita ou infeção COVID-19". A identidade dos participantes não é conhecida e a sua participação tem um carácter voluntário.

As conclusões obtidas serão alvo de reflexão na USF Santa Joana e poderão ser divulgadas entre a comunidade científica em evento científico ou sob a forma de publicação. Poderão ainda ser partilhadas com os utentes da USF Santa Joana.

O consentimento informado para a resposta será entendido como positivo através do preenchimento na afirmativa das questões do campo "Consentimento Informado".

Se houver mais do que um utente do mesmo agregado familiar que foi acompanhado pela Equipa de Saúde da USF Santa Joana, o questionário deve ser preenchido por todos os elementos, de forma a ter a avaliação individual de cada utente. No caso de adultos ou idosos dependentes, o questionário pode ser preenchido também pelos seus cuidadores. Caso pretenda preencher o questionário em papel, deve pedir uma cópia na USF e, depois de preenchido, colocá-lo em urna fechada disponível na unidade.

Caso tenha alguma questão, por favor contacte: [LJAmaral@arscentro-min-saude.pt](mailto:LJAmaral@arscentro-min-saude.pt).

As questões assinaladas com \* são de resposta obrigatória.

## 1. Consentimento informado

Recebi a informação necessária, fiquei esclarecido e aceito, de forma livre e esclarecida, participar neste estudo? \*

Sim  Não

Aceito que os dados fornecidos sejam utilizados para análise estatística e avaliação qualitativa das respostas? \*

Sim  Não

Tendo em conta que é garantido o anonimato, aceito que os resultados deste estudo possam ser partilhados com a comunidade científica em evento científico ou sob a forma de publicação? \*

Sim  Não

Se respondeu **NÃO** numa das perguntas anteriores, por favor não continue a preencher e entregue o questionário. Obrigada pela participação!

Se respondeu **SIM** a todas as perguntas, avance para a próxima secção.

## 2. Autoavaliação da saúde e otimismo disposicional

Assinale se apresenta ou apresentou durante a infeção ou suspeita de COVID-19 algumas das doenças/estados de saúde abaixo apresentados:

Doença pulmonar obstrutiva crónica, asma ou bronquite crónica

Insuficiência cardíaca

Diabetes

Cirrose hepática

Doença renal crónica em hemodiálise

Anemia falciforme ou drepanocitose

Obesidade

Gravidez

Neoplasia maligna ativa ou tumor

Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas

Transplante de órgão sólido pulmonar; ou transplante de outro órgão

Uso de terapêutica biológica e/ou prednisolona > 20 mg/dia

Infeção por VIH sem tratamento

Outra imunodeficiência

Não sei / Não aplicável

Em geral, diria que a sua saúde está... \*

Excelente / ótima  Muito boa

Boa  Razoável

Má  Não sei / Não aplicável

Para cada afirmação abaixo apresentada selecione o seu grau de concordância ou discordância.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não sei / Não aplicável
Em situações difíceis espero sempre o melhor.*						
É fácil para mim relaxar.*						
Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá com certeza.*						
Sou sempre otimista relativamente ao futuro.*						
Eu gosto muito dos meus amigos.*						
É importante para mim estar ocupado.*						
Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.*						
Eu não fico chateado facilmente.*						
Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.*						
Globalmente, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.*						

### 3. Sobre o acompanhamento COVID-19

Durante o acompanhamento perante suspeita ou infeção por COVID-19, pela equipa de saúde da USF Santa Joana (excluindo a linha SNS 24 ou a Saúde Pública)...

Foi contactado nas primeiras 24-48 horas após o seu contacto com o Serviço Nacional de Saúde a notificar os sintomas sugestivos de COVID-19 (através da linha SNS 24, ida ao Serviço de Urgência ou consulta de doença aguda na sua Unidade de Saúde)? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Foram-lhe explicadas as medidas de isolamento? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Foram-lhe explicados os sintomas de alarme que justificavam uma ida ao Serviço de Urgência para ser observado/a? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Foi-lhe comunicado o resultado do teste atempadamente? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Testou positivo à COVID-19?\*

Sim       Não

Se respondeu **NÃO** na pergunta anterior, avance para a próxima secção (4. Satisfação com acompanhamento COVID-19). Se respondeu **SIM** na pergunta anterior, responda ainda a estas três questões:

Foram-lhe explicados os critérios de alta clínica? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Deram-lhe disponibilidade de contacto com o serviço (e-mail ou telefone) e foi atendido quando necessário? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

Houve disponibilidade após a alta para responder a dúvidas e problemas que decorreram da doença COVID-19? \*

Sim       Não       Não sei / Não aplicável

#### 4. Satisfação com acompanhamento COVID-19

Para cada afirmação abaixo apresentada selecione o seu grau de concordância ou discordância. Durante o período de suspeita ou infeção COVID-19, a sua Equipa de Saúde...

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não sei / Não aplicável
Demonstrou disponibilidade de tempo durante as chamadas.*						
Demonstrou interesse nos seus problemas de saúde.*						
Fê-lo/a sentir-se à vontade para partilhar os seus problemas.*						
Envolveu-o/a nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados.*						
Ouviu-o/a com atenção.*						
Respeitou a confidencialidade da informação sobre o seu processo.*						
Proporcionou alívio rápido dos seus sintomas.*						
Ajudou-o/a a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.*						
Dispensou-lhe a atenção necessária.*						
Forneceu uma explicação detalhada dos objetivos dos tratamentos prescritos.*						
Forneceu informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença.*						
Ofereceu ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a suspeita ou infeção COVID-19.*						
Encorajou-o/a para compreender a importância de seguir os						

seus conselhos.*						
Demonstrou conhecimento das suas consultas anteriores.*						
Preparou-o/a sobre o que esperar das outras especialidades médicas e dos cuidados hospitalares.*						
Forneceu-lhe apoio do pessoal administrativo da Unidade de Saúde Familiar. *						
Proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone para a Unidade de Saúde.*						
Proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone com o/a seu/sua Médico/a de Família ou a sua Enfermeira de Família.*						
Resolveu rapidamente os seus problemas urgentes.*						

Qual a sua avaliação do acompanhamento pela sua Equipa de Saúde durante o período de suspeita ou infeção por COVID-19 em relação a: \*

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não sei / Não aplicável
a sua satisfação global com os cuidados de saúde recebidos?*						
a sua satisfação quando comparada com as suas expectativas?*						
a comparação dos cuidados recebidos com os cuidados ideais?*						

## 5. Características sociodemográficas

Está a responder sobre quem? \*

Próprio

Idoso ou adulto dependente do qual é cuidador

Outra:

Idade \* \_\_ anos

Género \*

Feminino       Masculino       Outra: \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \*

Não sabe ler e escrever

Só sabe ler e escrever

1º ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / antiga 4ª classe

2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe

- 3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano)
- Ensino Secundário (10º -12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra:

Situação profissional \*

- Estudante
- Empregado por conta própria
- Empregado por conta de outrem
- Desempregado
- Reformado / Aposentado
- Pensionista
- Vive de rendimentos
- Outra: \_\_\_\_\_

#### **6. Sugestões / comentários**

O que julga que se pode melhorar no acompanhamento? Deixe aqui os seus comentários e sugestões:

---

---

---

---

---

## 9.7. Anexo 7 – Comentários e sugestões dos utentes

- “Obrigada à equipa do Centro de Saude de Santa Joana pela capacidade de adaptação às circunstâncias e pela capacidade de criar proximidade numa altura como a que se vive. Porque é merecidos, deixo o agradecimento especial à Dr.a Nantília porque levou até ao ultimo dia, prévio à sua reforma, com seriedade e enorme simpatia o seu dever profissional, que sempre excedeu as obrigações. Foi um gosto ser sua paciente :). Obrigada também pela excelente recepção da Dr.a Eliana que mantém a expectativa de acompanhamento no nível de segurança, confiança e simpatia criado por que a precedeu. Parabéns!!!!”
- “O acompanhamento médico devia começar por ouvir e entender o paciente com as suas questões médicas respeitar o que nos achamos que nos incomoda enquanto dor estar mais disponível para entender e sugerir os exames certos ou adequados a cada paciente. Ter respeito e mais rapidez ao invés de estarem a fazer ronha para atender quem vai ao médico quando necessita mesmo é não ir só porque não tem mais nada para fazer. A muito que se fazem reclamações nesse centro de saúde é ninguém faz nada.”
- “No meu caso em particular, em que estive infetada na mesma altura das minhas filhas, não posso sugerir/querer muito mais do que o acompanhamento que tive, que foi extraordinário! Senti-me acompanhada, senti-me amparada e que a USF de Santa Joana estava atenta ao nosso caso e que não eramos só mais umas, eramos nós 3 que estávamos infetadas e que tínhamos um médico a pensar em nós! Isso é fantástico!”
- “Só posso agradecer aos médicos que me acompanharam nas fases de confinamento, nomeadamente ao Sr. Dr. José Marinho e Sra. Dra. Teresa, pelo profissionalismo e simpatia que, durante este período de isolamento, nos deixam mais tranquilos. Aproveito para informar que a pandemia e as fases de isolamento me deixaram, psicologicamente, diferente. Estou a ponderar recorrer a ajuda psicológica.”
- “Seria vantajoso que os utentes pudessem ter consultas médicas ou com a enfermeira por videoconferência, quando possível, sobretudo para aconselhamento em cado de dúvidas de mães em relação aos seus bebés, dúvidas de doentes Covid-19, etc. Seria neste contacto também necessário validar uma plataforma online que garantisse a confidencialidade da consulta”
- “Durante as ligações os médicos foram sempre muito atenciosos e demonstraram sempre disponibilidade para responder às minhas questões. Apenas senti falta de acompanhamento durante os dias úteis. Nos fins-de-semana ligavam-me sempre, no entanto durante a semana recebi apenas 2 ou 3 telefonemas durante toda a minha baixa.”
- “Como fui devidamente acompanhada, não tenho comentários negativos a fazer sobre a minha pessoa. No entanto, o meu marido, diabético, nunca foi contactado após conhecimento da minha infecção e não foi contactado pela delegação de saúde, com o intuito de lhe darem alta também, por coabitar com um infetado.”

- “A médica estar mais aberta a ouvir o paciente e a poder concretizar exames médicos para o utente poder ficar descansado e não criticar se o paciente está sempre no posto médico ou só vai mesmo quando se justifica pois é porque está doente ou sente que deve fazer exames médicos de. Rotina. Ouvir e respeitar.”
- “Considero que o médico de família deveria estar mais presente nas consultas que são dadas pelos médicos que ainda estão a tirar a especialidade. Ultimamente tenho mais consultas com os internos do que com o médico de família. Deveriam usar mais exames de diagnóstico em vez de "suporem" doenças.”
- “No nosso caso ficamos sem médico de família e não houve acompanhamento dos sintomas que continuaram até 2 meses depois da infeção por Covid, estes cuidados deveriam ser garantidos por outro médico e deveria existir uma consulta presencial para avaliação física de quem esteve infetado.”
- “Nada, os cuidados recebidos e a facilidade com que a Comunicação foi estabelecida e mantida através os vários meios (chamadas telefónicas diárias com o nosso médico de família, receitas por SMS e registo diário on-line) excederam as minhas expectativas. Foi uma experiência muito boa”
- “Não tenho nada a acrescentar. Tenho uma excelente equipe médica e de enfermagem, que sempre se mostraram disponíveis para me atender a mim e à minha família sempre que foi necessário, em todas as situações. Só tenho a agradecer a toda a equipe da Unidade de Saúde de Santa Joana.”
- “Disponibilidade telefónica era bom. Mas essencialmente o tratamento POST-COVID. O corpo muda, aparecem coisas que nunca antes apareceram e tem ficado impossível ser ajuda médica com o centro de saúde. Sempre recorri ao setor privado ou as urgências do Hospital de Aveiro.”
- “A metodologia adoptada perante Covid'19 é a ideal para o futuro: contacto à distância com médica de família e unidade de saúde familiar, bem como com outros equipamentos médicos e hospitalares, sem horas de espera para consultas agendadas, etc.”
- “Deveria haver mais divulgação quanto ao direito dos testes antigénicos gratuitos mensais á população. As pessoas infetadas não deveriam pagar as taxas de entrega de medicamentos no domicílio nem na entrega de bens alimentares ao domicílio.”
- “Estar mais acessíveis, quando se precisa de falar com alguém, pelo telefone . Quase nunca ninguém atende dependente das horas a que se liga. No mínimo, poderiam devolver a chamada, quando o serviço estivesse mais calmo.”
- “Não tenho nada a acrescentar. A equipa que me acompanhou durante o periodo de doença foi formidável. Eu senti me mesmo protegida e vi preocupação da parte das médicas que me ligavam todos os dias.”
- “A inexistente resposta em atendimento telefonico para o centro de saude. A organização durante a pandemia à porta do centro de saude...completamente risivel! Provocava aglomerado de pessoas”

- “Acompanhamento das pessoas em isolamento profilático pelo menos um telefonema para nos orientar. Vim para casa por duas vezes e não tive um telefonema da DGS a perguntar fosse o que fosse.”
- “Gostei muito do cuidado e atenção que tiveram. Foram incansáveis, telefonaram várias vezes e sempre preocupados. Não há nada que possa apontar para melhorar o acompanhamento.”
- “Para mim e para a minha família, que esteve toda com COD19 ao mesmo tempo, não temos razão de queixa e fomos muito bem acompanhados, por isso, para nós, ficava tudo igual.”
- “O acompanhamento do pós covid. Tenho algumas queixas que podem relacionar-se e que não deviam ser minimizadas. Devem existir consultas de acompanhamento pós covid.”
- “Durante a pandemia teria sido importante existirem consultas presenciais para diagnóstico e vigilância de outras situações clínicas não relacionadas com a Covid.”
- “No meu caso em particular foram excelentes no trato e acompanhamento. situação a melhorar Unid Saude Santa Joana é o atendimento telefónico administrativo”
- “Que sejam dados a estes excelentes profissionais condições para que possamos continuar a contar com os seus cuidados médicos e com o seu carinho e atenção.”
- “Não tenho comentários a fazer para melhoramentos. Estou satisfeito com a prestação da minha médica de família e respetiva equipa.”
- “Acompanhamento Pós-Covid. Necessário perceber se a infeção covid-19 teve algum impacto na saúde geral dos utentes.”
- “Atualizações de medicamentos para os efeitos pós covid, desde novembro de 2020 que continuo sem olfato e paladar.”
- “Consulta presencial ou visita domiciliária; pesquisa para ;esclarecimento de duvidas em situações não frequentes”
- “Para mim tem corrido tudo bem em relação a tudo o que tenho precisado dos serviços de todas as partes. Obrigada.”
- “Eu tenho trabalho vender para mas está com covid está parado mas vendes se obrigado estou desempregado obrigado”
- “Maior acompanhamento em questões não Covid 19; maior facilidade de contacto telefónico com a unidade de saúde”
- “Por vezes é difícil conseguir contacto telefónico com o Centro de Saúde. As linhas estão sempre ocupadas.”
- “Tenho apenas de agradecer a forma cuidada com que fui acompanhada pelos médicos de família da unidade.”
- “Que a demora de tentarmos contactar o centro de saúde raramente é atendido, essa é a única objeção.”

- “Muito satisfeita com o atendimento e com o profissionalismo demonstrado ao meu agregado familiar.”
- “Nada a apontar. Os profissionais de saúde que acompanham o meu agregado familiar são excelentes.”
- “Ligar após primeira chamada para acompanhar evolução do estado, conforme combinado com o utente.”
- “Sistema de telefone na receção que guarde o registo de chamadas, e que depois as retornam.”
- “Não tenho nada a acrescentar, estou muito satisfeita com toda a equipa da USF.SANTAJOANA”
- “Perceber que o paciente por vezes não sabe transformar em palavras os seus sintomas.”
- “A minha única sugestão é apenas em relação à dificuldade no atendimento telefónico.”
- “Melhor acompanhamento pós alta. Melhor atendimento por parte dos administrativos.”
- “Acho que devia ter mais reposta no atendimento para as pessoas que estão cá fora.”
- “Não tenho razão de queixa com o atual atendimento, que o avalio como excelente”
- “O contacto telefónico para a U.S.F., regra geral, é bastante difícil.”
- “Excelente equipa: Enf. Fátima e Dr. Marinho e funcionárias em geral.”
- “Facilitar a interação digital com as USF e os técnicos de saúde.”
- “Tem de haver possibilidade de comunicação com o centro de saúde!”
- “Nem tudo é covid, existe necessidade de efetuar melhor triagem”
- “Melhorar o serviço de atendimento da USF de Santa Joana.”
- “Atendimento telefónico na unidade de saúde mais eficaz”
- “No meu caso tive um acompanhamento muito profissional”
- “Disponibilidade de atendimento telefónico na unidade.”
- “Acho que não mudaria nada tive uma médica 5 estrelas”
- “Nada, a equipa de saúde do meu USF é excelente”
- “Na minha opinião eu fui muito bem acompanhada.”
- “De momento, não tenho sugestões a apresentar.”
- “Contacto telefonico muito difícil com a USF”
- “Agilizar o contato telefónico e por email”
- “Excelente acompanhamento. Nada a sugerir”
- “A meu ver, funcionou tudo corretamente.”
- “Parabéns pelo acompanhamento prestado”
- “Contacto nas primeiras 24h da doença”

- “Consulta pós covid. Avaliar mazelas.”
- “Principalmente a parte psicológica”
- “No meu caso pessoal nada a apontar”
- “Prestar uma ajuda mais eficaz”
- “Tudo a ser feito muito bem!”
- “Foi bom. Nada a acrescentar”
- “Mais profissionais de saúde”
- “Nada digno de registo.”
- “Nada digo de registo.”
- “Atenderem o telefone”
- “Nada a registar”
- “Sem comentários”
- “Não aplicável”
- “Nada a dizer”

## 9.8. Anexo 8 – Matriz de correlação do fator satisfação EUROPEP.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	
<b>Q1.</b> Demonstrou disponibilidade de tempo durante as chamadas.*	1																			
<b>Q2.</b> Demonstrou interesse nos seus problemas de saúde.*	0,953	1																		
<b>Q3.</b> Fê-lo/a sentir-se à vontade para partilhar os seus problemas.*	0,935	0,968	1																	
<b>Q4.</b> Envolveu-o/a nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados.*	0,928	0,954	0,954	1																
<b>Q5.</b> Ouviu-o/a com atenção.*	0,879	0,891	0,898	0,871	1															
<b>Q6.</b> Respeitou a confidencialidade da informação sobre o seu processo.*	0,873	0,834	0,832	0,820	0,908	1														
<b>Q7.</b> Proporcionou alívio rápido dos seus sintomas.*	0,811	0,823	0,822	0,830	0,767	0,770	1													
<b>Q8.</b> Ajudou-o/a a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.*	0,872	0,853	0,852	0,849	0,790	0,822	0,898	1												
<b>Q9.</b> Dispensou-lhe a atenção necessária.*	0,920	0,890	0,889	0,889	0,879	0,857	0,855	0,910	1											
<b>Q10.</b> Forneceu uma explicação detalhada dos objetivos dos tratamentos prescritos.*	0,842	0,812	0,818	0,844	0,787	0,844	0,872	0,898	0,916	1										
<b>Q11.</b> Forneceu informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença.*	0,874	0,875	0,874	0,870	0,903	0,925	0,836	0,852	0,846	0,879	1									

<b>Q12.</b> Ofereceu ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a suspeita ou infecção COVID-19.*	0,826	0,830	0,823	0,849	0,741	0,744	0,824	0,824	0,841	0,844	0,815	1							
<b>Q13.</b> Encorajou-o/a para compreender a importância de seguir os seus conselhos.*	0,824	0,837	0,851	0,841	0,749	0,771	0,826	0,848	0,862	0,861	0,843	0,940	1						
<b>Q14.</b> Demonstrou conhecimento das suas consultas anteriores.*	0,803	0,817	0,816	0,828	0,833	0,816	0,750	0,755	0,756	0,759	0,870	0,831	0,807	1					
<b>Q15.</b> Preparou-o/a sobre o que esperar das outras especialidades médicas e dos cuidados hospitalares.*	0,763	0,757	0,763	0,779	0,693	0,688	0,737	0,749	0,704	0,707	0,740	0,753	0,748	0,809	1				
<b>Q16.</b> Forneceu-lhe apoio do pessoal administrativo da Unidade de Saúde Familiar.*	0,792	0,782	0,747	0,782	0,685	0,702	0,764	0,814	0,799	0,795	0,736	0,800	0,778	0,789	0,797	1			
<b>Q17.</b> Proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone para a Unidade de Saúde.*	0,668	0,686	0,673	0,685	0,601	0,611	0,689	0,750	0,690	0,705	0,668	0,767	0,747	0,744	0,695	0,804	1		
<b>Q18.</b> Proporcionou-lhe facilidade em falar pelo telefone com o/a seu/sua Médico/a de Família ou a sua Enfermeira de Família.*	0,745	0,755	0,742	0,755	0,673	0,682	0,751	0,804	0,759	0,774	0,741	0,831	0,798	0,769	0,680	0,840	0,904	1	
<b>Q19.</b> Resolveu rapidamente os seus problemas urgentes.*	0,760	0,756	0,770	0,780	0,805	0,820	0,779	0,818	0,842	0,829	0,820	0,862	0,863	0,842	0,660	0,759	0,774	0,858	1

### 9.9. Anexo 9 – Matriz de correlação do fator satisfação ECSI.

	<b>Q1.</b> Satisfação global com os cuidados de saúde recebidos? *	<b>Q2.</b> Satisfação quando comparada com as suas expectativas? *	<b>Q3.</b> Comparação dos cuidados recebidos com os cuidados ideais? *
<b>Q1.</b> Satisfação global com os cuidados de saúde recebidos? *	1		
<b>Q2.</b> Satisfação quando comparada com as suas expectativas? *	0,899	1	
<b>Q3.</b> Comparação dos cuidados recebidos com os cuidados ideais? *	0,829	0,888	1