



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Artes e Letras

## **USF - Um novo modelo - Uma nova imagem**

**Anabela Farinha Nabiça**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Comunicação Estratégica: Publicidade e Relações Públicas**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Gisela Marques Pereira Gonçalves

Covilhã, Outubro de 2013



# Agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado só foi possível graças à colaboração de diversas pessoas e de uma instituição às quais me cabe agora prestar os devidos agradecimentos.

Ao Senhor Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira Coordenador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, pela autorização concedida para aplicação do questionário Europep ;

Ao Conselho de Administração da ULSNA, EPE, na pessoa do Doutor António Guerreiro, pela disponibilidade mostrada bem como pela autorização concedida para aplicação do questionário;

Ao Centro de Saúde de Portalegre na pessoa da Dr<sup>a</sup> Manuela Santos, pela forma como recebeu;

À Dr<sup>a</sup> Dorinda Calha, responsável pela Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer, sobre a qual recai o presente trabalho pela colaboração e interesse demonstrado pelo mesmo, disponibilizando todos os meios ao seu alcance;

A todos os colaboradores que exercem funções na Portus Alacer, pela disponibilidade, colaboração e simpatia demonstradas;

Aos utentes da USF Portus Alacer pois sem a sua colaboração no preenchimento dos inquéritos não seria possível terminar a tarefa a que me propus ;

À Prof. Doutora Gisela Marques Pereira Gonçalves pela orientação, encaminhamento, compreensão, disponibilidade que sempre demonstrou e sobretudo pelos conhecimentos transmitidos ao longo desta jornada;

Por último e não menos importante, ao Carlos, por toda a ajuda, apoio e incentivo que sempre me deu.



## Resumo

Numa sociedade em constante mudança e, em que estas ocorrem a um ritmo cada vez mais elevado, nenhuma instituição/organização poderá sobreviver ou continuar a ambicionar servir os seus clientes/utentes sem proceder às adaptações ditadas pela evolução tecnológica, necessidades crescentes dos seus clientes/utentes, sem esquecer a necessária racionalização de recursos, sobretudo os financeiros.

O Serviço Nacional de Saúde, embora tenha vindo desde a sua criação a sofrer alterações, apresentava-se pouco funcional face às necessidades crescentes de um público cada vez mais exigente, quanto à qualidade dos serviços prestados, mas simultaneamente procurando que este apresentasse graus de eficácia e eficiência crescentes.

Assim começaram a surgir novos modelos procurando visar a qualidade exigida e apresentar graus de eficácia e eficiência similares aos apresentados por serviços privados de saúde, contribuindo desta forma para criar uma nova imagem junto dos consumidores, apostando igualmente na regularidade e personalização dos serviços.

Pretende-se com esta investigação perceber se as alterações introduzidas por este modelo vão de encontro às necessidades sentidas pelos seus clientes/utentes, contribuindo desta forma para uma maior satisfação destes, conduzindo assim a uma melhoria da imagem do Serviço Nacional de Saúde alicerçado na imagem da USF.

## Palavras-chave

Comunicação, Imagem, Modelo, USF.



# Abstract

In an ever-changing society, and they occur at a rate higher and higher, no institution/organization can survive or continue to aspire to serve their customers/users without making the adjustments dictated by technological developments, the growing needs of their clients/users, without forgetting the necessary rationalization of resources, especially financial.

The National Health Service, although it has been since its inception a change, the patient was barely functional meet the growing needs of an ever more demanding about the quality of services provided, but while looking for it to present degrees of effectiveness and increasing efficiency.

Thus began looking for new business models emerging to target the required quality and present degrees of effectiveness and efficiency similar to those presented by private health services, thus helping to create a new image with consumers, focusing also on the regularity and customization services.

The intention of this research is to realize the changes made by this model will meet the needs felt by your customers/ users, thus contributing to greater satisfaction of these, thus leading to an improved image of the National Health Service founded on USF image.

# Keywords

Communication, Image, Model, USF



# Índice

1	Introdução .....	1
2	Enquadramento teórico .....	4
2.1	Organizações .....	4
2.1.1	Organizações vs Instituições .....	4
2.1.2	Comunicação Organizacional .....	6
2.1.3	A Comunicação Integrada .....	11
2.2	Imagem .....	11
2.2.1	Imagem corporativa .....	12
2.3	Serviços, Modelos de Serviços e Qualidade em Serviços .....	16
2.3.1	Definição de serviços .....	16
2.3.2	Modelos de serviços .....	16
2.3.2.1	Qualidade em serviços .....	22
2.3.2.2	Modelo de qualidade do serviço .....	24
2.3.2.3	Satisfação do utente / cliente .....	27
2.4	O Serviço Nacional de Saúde .....	28
2.4.1	Lei de Bases da Saúde .....	31
2.4.2	Organização do Serviço Nacional de Saúde .....	31
2.4.3	Os Centros de Saúde e os Cuidados de Saúde Primários .....	32
2.4.4	As Unidades de Saúde Familiares (USF) .....	34
3	Estudo de caso .....	37
3.1	Satisfação dos utentes no novo modelo de Cuidados de Saúde Primários (USF) .....	37
3.1.1	Metodologia da pesquisa .....	38
3.1.1.1	Apresentação do estudo .....	38
3.1.1.1.1	Descrição do objecto em estudo .....	38
3.1.1.1.2	Objectivos .....	38
3.1.1.1.3	Hipótese .....	39
3.1.2	A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE .....	40
3.1.3	A Unidade de Saúde Familiar - Portus Alacer .....	40
3.2	O Instrumento .....	41
3.3	Metodologia utilizada no estudo .....	43
3.4	Amostra .....	43
4	Apresentação e discussão de Resultados .....	50
4.1	Indicadores-chave EUROPEP .....	50
4.1.1	Relação e comunicação .....	51
4.1.1.1	Tempo para cuidar .....	52

4.1.1.2	Humanidade .....	52
4.1.1.3	Envolvimento dos doentes .....	53
4.1.2	Continuidade e cooperação.....	53
4.1.2.1	Cooperação entre prestadores .....	54
4.1.2.2	Continuidade .....	55
4.1.3	Informação e apoio.....	55
4.1.3.1	Tipo de Informação .....	56
4.1.3.2	Aconselhamento .....	57
4.1.4	Cuidados médicos .....	57
4.1.4.1	Competência e precisão.....	58
4.1.4.2	Efectividade.....	58
4.1.5	Organização dos serviços.....	58
4.1.5.1	Acessibilidade .....	59
4.2	Áreas específicas .....	62
4.2.1	Oferta de outros serviços .....	63
4.2.2	Resposta.....	64
4.2.2.1	Liberdade de escolha .....	65
4.2.3	Recursos humanos .....	65
4.2.4	Instalações.....	66
4.3	Satisfação global.....	67
5	Conclusão.....	70
6	Referências bibliográficas .....	74

# Lista de Anexos

Anexo 1 - Autorização para utilização do Questionário EUROPEP (Mail).....	78
Anexo 2 - Instrumento de recolha de dados (Questionário EUROPEP).....	82
Anexo 3 - Tabela com resultados do teste Alpha de Cronbach .....	87
Anexo 4 - O tempo que esteve com o seu médico de família durante a consulta.....	89
Anexo 5 - A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde .....	93
Anexo 6 - A preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares .....	98
Anexo 7 - As explicações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos .....	101
Anexo 8 - O exame que o médico lhe fez .....	103
Anexo 9 - A atenção dispensada .....	107
Anexo 10 - O alívio rápido dos seus sintomas .....	111
Anexo 11 - A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde .....	113
Anexo 12 - A oferta de serviços de prevenção da doença .....	115
Anexo 13 - A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF .....	117
Anexo 14 - A facilidade em falar pelo telefone para esta USF .....	119
Anexo 15 - A possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família.....	122
Anexo 16 - O tempo que esperou na sala de espera.....	125
Anexo 17 - Esta USF permite a marcação de consultas pela internet .....	127
Anexo 18 - Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores .....	129

# Lista de Figuras

Figura 1 - Primeiro Modelo das diferentes fases do processo de comunicação de Capriotti .....	9
Figura 2 - Relação entre a identidade e a imagem corporativa .....	14
Figura 3 - Modelo geral para a gestão estratégica da imagem corporativa .....	15
Figura 4- Interacção na prestação de serviços .....	19
Figura 5 - Interacção na prestação de serviços.....	20
Figura 6 - A qualidade percebida total .....	21
Figura 7 - Componentes da qualidade percebida .....	23
Figura 8 - Modelo conceptual da qualidade em serviços.....	25
Figura 9 - Modelo do índice europeu da satisfação do cliente (ECSI) .....	28
Figura 10 - Área geográfica coberta pela USF Portus Alacer.....	41
Figura 11 - Página na internet da USF Portus Alacer .....	61

# Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo .....	44
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por faixa etária .....	46
Gráfico 3 - Distribuição por nível de escolaridade .....	47
Gráfico 4 - Utilização - Primeira consulta nos últimos 6 meses .....	48
Gráfico 5 - Distribuição segundo o número de consultas nos últimos 6 meses.....	49
Gráfico 6 - Apreciação global dos Indicadores-chave EUROPEP .....	50
Gráfico 7 - Resultados dos indicadores-chave EUROPEP por áreas de actuação.....	51
Gráfico 8 - Relação e comunicação.....	52
Gráfico 9 - Continuidade e cooperação .....	54
Gráfico 10 - Informação e apoio .....	56
Gráfico 11 - Cuidados médicos .....	57
Gráfico 12 - Organização dos serviços .....	59
Gráfico 13- Oferta de outros serviços .....	63
Gráfico 14 - Resposta .....	65
Gráfico 15 - Recursos humanos.....	66
Gráfico 16 - Instalações.....	67
Gráfico 17 - Mudança e recomendação .....	68
Gráfico 18 - Satisfação global .....	69

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo.....	44
Tabela 2 - Distribuição da amostra por faixas etárias.....	45
Tabela 3 - Distribuição segundo o nível de escolaridade .....	46
Tabela 4 - Utilização - Primeira consulta nos últimos 6 meses.....	47
Tabela 5 - Distribuição segundo o número de consultas nos últimos 6 meses .....	48
Tabela 6 - Estatística descritiva do número de consultas nos últimos 6 meses .....	49



# Lista de Acrónimos

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EPE - Entidade Pública Empresarial

ICSI - Índice Nacional de Satisfação do Cliente

IQS - Instituto da Qualidade

MS - Ministério da Saúde

PRACE - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

USF - Unidade de Saúde Familiar

# 1 Introdução

Consequência dos tempos actuais é sem dúvida o ritmo a que as mudanças acontecem, quer no plano económico, tecnológico e também social, exigindo às organizações a necessária versatilidade para que reestruturando-se possam acompanhar e responder às exigências cada vez mais crescentes dos seus clientes, os quais impõem igualmente níveis crescentes de qualidade na prestação de serviços.

A gestão de recursos de qualquer organização, tem assim que ser efectuada diariamente levando em consideração as exigências impostas por aqueles que as procuram e que no fundo são a sua razão de existir, na busca quer da satisfação destes quer no desenvolvimento de novas estratégias que permitam criar valor para os produtos e ou serviços comercializados.

Não podendo ficar indiferentes a estas alterações, devem as organizações dispor de sistemas de avaliação e controlo de políticas de qualidade e satisfação de clientes, pois, só assim poderão dispor de clientes satisfeitos, fieis e sobretudo que promovam também eles a organização.

Não podemos ficar alheios ao crescente fenómeno que representam as empresas de estudos de mercado, designadamente na vertente de estudos de satisfação de clientes. Estes estudos têm vindo cada vez mais a absorver recursos nas organizações que pretendem tornar-se ou manterem-se como referência nos diversos ramos de negócio, sendo igualmente indicadores de gestão para essas organizações e influenciando decisões estratégicas.

Sendo a satisfação do cliente algo de intangível, assim como os serviços também o são, pode afigurar-se difícil aferir com precisão sobre algo intangível para classificar um bem também ele intangível. Esta satisfação no entanto pode resultar de aspectos distintos que vão desde o comportamento do próprio indivíduo, passando por experiências anteriores, ser influenciada por correntes de opinião e resultar de expectativas criadas, podendo desta forma influenciar resultados quando da realização de estudos similares ao agora efectuada.

Também a Administração Pública Portuguesa não ficou alheia a este facto, procurando de igual forma corresponder às necessidades crescentes dos cidadãos, reestruturando os seus serviços através de fusões, extinções e criação de novas unidades, na busca da racionalização de recursos, da eficácia da resposta mas sobretudo numa demanda constante pela eficiência.

O sector da saúde, designadamente o Serviços Nacional de Saúde, desde a sua criação no início do Século XX tem experimentado diversos modelos, tentando desta forma, responder às necessidades que em cada altura se afiguram com necessidade de uma intervenção mais

especializada e à qual urge afectar maiores recursos, sendo desta forma o Estado detentor de uma rede própria de cuidados na área dos cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários preconizando a estruturação dos serviços no interesse do cliente / utente.

É também convicção de muitos investigadores que reforçando-se o investimento nos cuidados de saúde primários ao nível dos recursos humanos, mas também de infra-estruturas, acompanhado de formação e investigação, os serviços de saúde possam cumprir de forma mais eficaz a missão que se lhes encontra atribuída.

Nesta lógica de melhoria contínua, acompanhamento e esclarecimento dos utentes do SNS, e pretendendo não se desviar da necessária racionalização e eficiência dos recursos colocados à disposição deste, foi introduzida uma alteração legislativa, Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 Agosto, o qual estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), e posteriormente o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, o qual estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, revolucionando desta forma toda a estrutura até então existentes para os cuidados de saúde primários.

Para Pinto (1994) um bom sistema de saúde é caracterizado pela combinação de quatro factores: qualidade, grau de satisfação razoável por parte dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido. A preocupação em dotar o sistema de ganhos de eficiência e qualidade encontra-se relacionada com o facto de para além do direito reconhecido aos cidadãos de acesso aos cuidados de saúde, quer-se que os mesmos apresentem graus de qualidade reconhecidos e espelhados na satisfação dos utentes.

Assim, pareceu-nos relevante, dadas as alterações introduzidas na estrutura dos cuidados de saúde primários, apurar o grau de satisfação dos utentes, a imagem que os mesmos têm da organização, mas sobretudo as deficiências apontadas por estes. É assim que surgem questões como: Pode a imagem da USF Portus Alacer influenciar a satisfação dos utentes da mesma? Será favorável à sua imagem proceder a alterações resultantes de insatisfação demonstrada?

Dado que a USF Portus Alacer foi a primeira Unidade de Saúde Familiar do distrito de Portalegre e, conseqüentemente da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, associado ao facto de, em termos de área geográfica coberta ser das maiores do país, com a particularidade de assistir utentes de freguesias rurais e urbanas, pareceu-nos interessante proceder a este estudo com o objectivo de sugerir alterações que, de alguma forma possam beneficiar a imagem desta USF.

Dada a quase ausência de referências neste âmbito, e após alguma procura, chegou-se a um instrumento que tem vindo a ser desenvolvido e aperfeiçoado desde há algum tempo e que havia

já sido aplicado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra às primeiras 146 USF criadas em Portugal. O questionário EUROPEP. Para a utilização do instrumento referido foi necessário obter autorização do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, Coordenador daquele Centro.

Para a realização do estudo, houve igualmente necessidade de obter autorização formal do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, assim como da Responsável pelo Centro de Saúde de Portalegre e da Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer. Os participantes no presente estudo foram informados dos objectivos do mesmo, assim como da forma de participação sendo-lhes garantida previamente a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como o anonimato.

Pensamos pois que com o presente trabalho, poderemos contribuir para a melhoria da imagem da USF Portus Alacer.

## 2 Enquadramento teórico

### 2.1 Organizações

Fazendo uma retrospectiva ao longo dos tempos, podemos constatar que o homem não tem por hábito viver sozinho, procurou desde sempre estabelecer contactos com os outros. Nestes contactos, existe uma troca o homem influencia e é influenciado. Como são limitados os homens sentem necessidade de cooperarem e se ajudarem para atingirem determinados objectivos que isoladamente seriam impossíveis. É neste contexto que surgem as organizações. Podemos definir organizações como “sistemas de pessoas que se associam para realizar propósitos mediante estruturas e funções e por meio de processos no contexto humano interorganizacional e social e em continuidade temporal.” Pereira (2004: p. 103).<sup>1</sup> Kunsch por sua vez afirma que as organizações “constituem aglomerados humanos planejados conscientemente, que passam por um processo de mudança, se constroem e reconstroem sem cessar e visam obter resultados determinados. São inúmeras as organizações, cada uma perseguindo os seus próprios objectivos, dotada de características próprias, com uma estrutura interna que lhes possibilita alcançar os objectivos propostos.”

“A produção de bens e serviços não pode ser desenvolvida por pessoas que trabalham sozinhas. Quanto mais industrializada for a sociedade, tanto mais numerosas e complexas se tornam as organizações.” Chiavenato (1991: p. 17).

Segundo o mesmo autor, Idalberto Chiavenato, existe uma relação de simbiose entre as organizações e as pessoas, isto porque, “De um lado as organizações são constituídas por pessoas. Por outro lado as organizações constituem para as pessoas um meio pelo qual elas podem alcançar muitos e variados objectivos pessoais com um mínimo de custo, de tempo, de esforço e de conflito os quais não poderiam ser alcançados apenas através do esforço individual.” Chiavenato (1991: p. 17).

#### 2.1.1 Organizações vs Instituições

Em linguagem corrente, os termos Organizações e Instituições são utilizados pela grande maioria das pessoas como sendo sinónimos, utilizando-os quando se referem a qualquer tipo de agrupamento social e/ou económico, independentemente da sua tipologia. Exemplos disso,

---

<sup>1</sup> Pereira, O. , G., 2004, Fundamentos do Comportamento Organizacional. Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian

podem ser observados quando, na própria comunicação social ao serem referidas Universidades, Escolas, Órgãos Públicos, mas sobretudo empresas tanto públicas como privadas, ora são designadas como organizações, ora o são como instituições.

Importa pois, antes de mais, clarificar esta questão percebendo-se se estas designações são de facto sinónimos. Para tal, vejamos o que os estudiosos da matéria pensam, designadamente, autores como: Pereira (1988); Bernardes (1988) e Srour (1988).

Pereira (1988 *apud* Kunsch, 2003; p.10), apresenta-nos as seguintes definições:

“Organização é simplesmente um instrumento técnico, racional, utilizado para canalizar a energia humana na busca de objectivos prefixados, cuja sobrevivência depende exclusivamente da sua capacidade de atingir os resultados e adaptar-se às mudanças ambientais para evitar a obsolescência técnica. Instituição é um organismo vivo, produto da necessidade e pressões sociais, valorizada pelos seus membros e pelo ambiente. Portadora de identidade própria, preocupada não somente com lucros ou resultados, mas com a sua sobrevivência e perenidade e guiada por um claro sentido de missão. As pessoas constroem as suas vidas em torno delas, identificam-se com elas e tornam-se dependentes delas.”

Segundo esta autora, as organizações apenas têm razão de existir enquanto os fins para as quais foram criadas continuarem a ser atingidos. Já, as instituições têm a capacidade de se adaptar, incorporando valores partilhados, tanto pelos seus membros como pela sociedade na qual se inserem, fruto de a própria resultar de pressões sociais para a sua criação. Resultado desta diferença, a vida das instituições depende sobretudo do cumprimento da missão para a qual foi criada e não tão somente dos resultados obtidos.

Também Cyro Bernardes (1988 *apud* Kunsch, 2003; p.34-35), apresenta-nos visões diferentes de organização e instituição destacando-nos 3 características da primeira e duas da segunda: “1. ter a função de produzir bens, prestar serviços à sociedade e atender necessidades de seus próprios participantes; 2. possuir uma estrutura formada por pessoas que se relacionem colaborando e dividindo o trabalho para transformar insumos em bens e serviços; 3. Ser perene no tempo (1988: p.25)... 1. uma função, que é atender a uma necessidade básica da sociedade; 2. uma estrutura, formada por pessoas que possuem um conjunto de: crenças, valores, ideias e comportamentos comuns; relações de acordo com normas e procedimentos”.

Assim, segundo Kunsch: “O termo instituição antropológicamente não se aplica para denotar uma fundação, empresa ou estabelecimento de ensino, como a linguagem comum geralmente o faz, Essa definição é importante, pois as ciências sociais designam por instituição um fenómeno que ocorre na sociedade e não em uma determinada associação de pessoas como um clube, repartição pública, fábrica loja comercial ou seita religiosa” (2003: p.34).

Parece assim que podemos e devemos diferenciar organização e instituição, sendo a primeira criada com fins objectivos, dependendo a sobrevivência da mesma do cumprimento desses mesmos objectivos, podendo esta nascer de interesses de pessoas que, socialmente, formal ou informalmente se relacionam. As instituições, ao invés, nascem de necessidades sociais, procurando adaptar-se de forma a servir essas necessidades, não existindo objectivos predefinidos a serem cumpridos, podendo, inclusive ao longo da sua vida sofrer transformações por forma a redefinir quais as necessidades mais prementes da sociedade.

### **2.1.2 Comunicação Organizacional**

“... comunicação é um ato de comunhão de ideias e o estabelecimento de um diálogo. Não é simplesmente uma transmissão de informações” Kunsch (2003: p.161).

Para Kunsch comunicação organizacional, enquanto objecto de pesquisa, trata-se de uma disciplina que versa o estudo da forma como se processa o fenómeno comunicacional interno nas organizações no âmbito da sociedade global. “Ela analisa o sistema, o funcionamento e o processo de comunicação entre a organização e os seus diversos públicos.” Kunsch (2003: p. 149).

Morgan (1996: p. 135-136), “as organizações são em essência realidades socialmente construídas que estão muito mais nas cabeças e nas mentes dos seus membros que em conjunto de regras e relacionamentos” Mas segundo Moscovici (2001: p.155) das organizações fazem também parte “marca, a imagem social, o conceito no mercado, pela qualidade dos seus produtos ou serviços”. Posto isto será importante que dentro da organização a comunicação flua e posteriormente seja transportada para o exterior. Esta comunicação poderá ser feita por três formas oral, escrita e não verbal, dependendo do público a que se dirige. Estamos assim perante uma adequação das formas de comunicar, não esquecendo porém que a própria mensagem deve ser também ela simples, directa e em linguagem perceptível ao público a que se destina. Marken (1990) por sua vez defende que quando bem gerida a comunicação ela origina não só uma imagem positiva no interior como também esta imagem é passada para o exterior. No entanto e como o público é diversificado vamos ter sempre diversas imagens da mesma organização, pois a mesma é influenciada pela cultura, idade, habilitações, experiência, necessidade e satisfação de cada utente/cliente. Uma forma de corrigir esta situação é proposta Sans de la Tojada (2001) no modelo integrado de identidade-comunicação imagem. Este modelo funciona em três etapas sendo que na primeira se faz uma recolha de toda a informação da organização, identificar a missão, os valores, os objectivos, avaliar a situação actual e resultando desta recolha a identidade da organização. Numa segunda etapa analisa não só a concorrência como também os diversos tipos de público seguidos da identificação dos atributos da organização que poderão satisfazer as necessidades desses mesmos públicos, na terceira e última etapa consiste então em aplicar o plano analisar o feed-back corrigindo sempre os possíveis desvios.

Atendendo-se ao citado no parágrafo anterior, observemos o que refere Capriotti (1992: p. 69) quanto às características que definem a relação comunicativa entre as organizações e os seus públicos. Segundo este autor, na elaboração de um trabalho acerca de comunicação empresarial torna-se imprescindível determinar quais as características que definem a comunicação entre uma organização e o seu público, sendo os modelos mais citados em toda a bibliografia disponível, os da Mass Communication Research (Lasswell e Schramm) e as contribuições da teoria matemática da informação de Shannon, aos quais iremos seguidamente efectuar uma breve abordagem.

Harold Lasswell, cientista político, em 1948 apontou cinco questões essenciais para a comunicação. Respondendo a estas questões (Quem?; Diz o quê?; Através de que canal?; A quem?; Com que efeito?), a mensagem transmitida seria correctamente compreendida, caracterizando-se a mesma como clara e completa. Estas questões visam contemplar um igual número de premissas:

- 1- Existe um sujeito que é o emissor da informação (Quem ?);
- 2- Existe um conjunto de informação (O quê ?);
- 3- Existe um meio por onde a informação de transmite (Canal);
- 4- Existe um receptor da informação (A quem ?);
- 5- Existe a influência da informação no receptor (Com que efeito ?).

Este modelo tem por princípio a ideia de que as pessoas reagem de diferentes formas aos estímulos recebidos, conforme seja a sua experiência, conhecimento, meio socio-cultural e económico mas igualmente a credibilidade do emissor. Assim, parece que para diferentes públicos a informação terá forçosamente que ser distinta, tanto na forma como é transmitida, como no canal utilizado para a sua comunicação e muitas vezes até no próprio emissor, uma vez que, emissores considerados fidedignos para determinados públicos, poderão não o ser para outros.

Outro modelo apresentado é o modelo de Shannon. Claude Shannon, considerado o pai da teoria matemática da informação, alicerça o seu modelo na intenção do estudo da eficácia da comunicação, apresentando assim, um modelo no qual existe uma fonte de informação, responsável pela elaboração de determinada mensagem, sendo posteriormente esta codificada pelo seu transmissor. Desta mensagem codificada é então transmitido um sinal através de um canal até ao receptor. Este, após a recepção do sinal, descodifica a mensagem, estando assim completado o modelo de Shannon. De referir que neste modelo, o transmissor e a fonte podem tratar-se do mesmo sujeito assim como o receptor e o destino poderão ser igualmente o mesmo sujeito.

Ambos os modelos apresentados anteriormente, tanto o modelo de Lasswell como o modelo de Shannon, são modelos que se podendo aplicar a qualquer relação comunicacional, segundo Capriotti (1992: p. 71), são insuficientes uma vez que não aprofundam as características das componentes da comunicação nem a sua inter-relação, o que levaria a uma categorização das formas de comunicação.

Um terceiro modelo, o modelo de Schramm terá sofrido influências da teoria “*Two step flow of communication*”, teoria essa que nos leva a concluir que, a informação é filtrada por pessoas influentes do grupo, os quais, exercem uma forte influência sobre a audiência. Estas e outras investigações, levaram Schramm a constatar que, a audiência não era tão permeável à manipulação como inicialmente parecia, mas antes, que existiam algumas variáveis que a poderiam influenciar.

Capriotti (1992 apud Rodrigo, 1989: p. 71) assinala quatro elementos que desempenham um papel relevante na comunicação:

- 1- A mensagem, sendo o único elemento que o comunicador tem poder para controlar, dando-lhe a forma e elegendo o momento e o local de transmissão desta;
- 2- A situação em que a comunicação é recepcionada;
- 3- A personalidade do receptor;
- 4- As normas e relações do receptor.

Schramm, introduz alguns contributos interessantes ao modelo, como é o caso dos campos de experiência, que, segundo o mesmo, para que seja possível a transmissão da mensagem os campos da experiência têm forçosamente que coincidir ainda que minimamente, no entanto, quanto maior for esta zona de confluência da experiência, maior facilidade existirá para que ocorra a comunicação.

Outro contributo de Schramm, foi o facto de este autor ter determinado que não se transmite apenas uma única mensagem, mas antes, um conjunto de mensagens, sejam estas de carácter linguístico, corporal, visual, áudio-visual, ou outros, introduzindo paralelamente o conceito de *feed-back* como resposta à informação inicialmente transmitida, ou seja, o receptor adquire o papel de emissor ao responder, passando desta forma, o emissor inicial ao papel de rector.

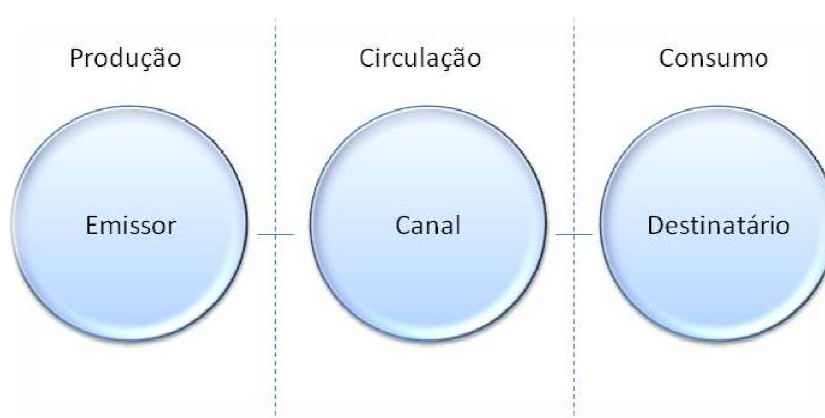
No entanto, também este modelo apresenta algumas insuficiências, desde logo na despreocupação no processo de elaboração da informação, sua posterior transmissão, assim como do meio utilizado para tal.

Nos modelos anteriormente apresentados, todos eles apresentam ma característica particular, todo o trabalho era executado pelo emissor, dado a este um papel activo no processo. Já o

último modelo apresentado, permite ao receptor passar a interpretar o papel de emissor através do *feed-back*, sem no entanto, permitir que este passe igualmente a desempenhar um papel activo.

Importa ainda perceber que, na comunicação organizacional o emissor é a própria organização, como sujeito social, com características próprias, elaborando um discurso sobre si mesma, ou seja, trata-se de um emissor que transmite informação sobre si mesmo e cujo objectivo é atingir todos os seus diferentes públicos/receptores. Já o canal da comunicação organizacional utilizado para tal é um canal multimédia ao nível das formas de comunicação, recorrendo a diversos meios de comunicação de massas mas recorrendo igualmente a meios de comunicação de grupos e pessoais. Por sua vez, o receptor deste tipo de comunicação, comunicação organizacional, são os chamados públicos. Cada um com características próprias e diferenciadas.

Capriotti (1992: p. 77) propõe um novo modelo específico para a comunicação organizacional , contrariando assim os anteriores que se dirigiam à comunicação de massas.



**Figura 1 - Primeiro Modelo das diferentes fases do processo de comunicação de Capriotti**  
Fonte: Adaptado de Capriotti (1992: p. 77) - “La imagen de Empresa. Estrategía para una comunicaci3n integrada”

Numa Primeira fase, a produç3o, a cargo do emissor, neste caso a organizaç3o, elabora-se o discurso, composto por um conjunto de mensagens tanto escritas como visuais e auditivas cuja finalidade é atingir determinados objectivos, comunicados pelos diversos canais ao dispor da organizaç3o. Desta primeira fase fazem parte o contexto, ou seja, todo o ambiente que rodeia a organizaç3o, seja ele externo à organizaç3o ou ambiente organizacional, a circunst3ncia, ou seja, a situaç3o precisa em que se encontra a organizaç3o nesse preciso momento em que é produzido o discurso, seja ela situaç3o de crise, estabilidade, auge ou outra. Esta situaç3o assume papel preponderante uma vez que é ela que vai orientar todo o discurso de acordo com a mesma.

Outro item a considerar é a capacidade comunicativa, uma vez que, na produção do discurso há que atender a quem o mesmo é dirigido, se a empregados, consumidores fornecedores ou outros indivíduos com interesses na organização. Há ainda que ter em consideração a própria imagem corporativa, isto é, a personalidade da empresa, como esta se vê a si própria e elaborar o discurso de forma a que os destinatários do mesmo partilhem dessa mesma imagem. A título de exemplo, se a empresa se vê a si mesma como um exemplo de eficiência, então, o discurso deverá ser construído de forma a que o público alvo desse discurso também veja assim a organização. O último item desta primeira fase é a realidade da organização, ou seja, aquilo que a organização é materialmente.

A segunda fase do modelo proposto por Capriotti é o canal, ou seja a circulação da informação. Este consiste na transmissão do discurso desde a organização até ao destinatário, o seu público alvo. Nesta fase, a comunicação organizacional utiliza os *mass media* (televisão, rádio, imprensa, entre outros) assim como os *micro media*, tais como telefone, cartas e mailing list's, sendo que estes são de carácter bidirecional, selectivos, directos, originando uma implicação psicológica no destinatário. Por último o contacto pessoal o qual sendo um contacto directo, pode ser efectuado através de entrevistas, tratamento de reclamações entre outras.

O terceiro e último elemento deste modelo, trata-se do consumo, ou seja, a descodificação do discurso por parte do receptor fazendo parte deste o contexto, isto é, todo o enquadramento social, económico e político do receptor, bem como grupo de pertença e de referência, os quais irão influenciar a sua interpretação da mensagem e posterior comportamento, a circunstância, ou seja quando da recepção da mensagem a localização e o estado psicológico do receptor. O receptor deverá ser detentor dos mesmos códigos do emissor para que possua a capacidade de interpretação da mensagem recebida, a que o autor apelida de capacidade comunicativa. Por último a personalidade Capriotti (1992 *apud* Popp, 1980: p. 83) “são as características psicológicas e psicoanalíticas do destinatário que o formam como indivíduo. Suas repressões, medos, carácter, etc. Na personalidade combinam-se aspectos fisiológicos, emocionais e cognitivos que influenciam grandemente a forma como a mensagem é recebida pelo receptor”<sup>2</sup>.

Uma das formas mais correntes de se perceber se o trabalho de comunicação efectuado contribui para alterar a imagem que o público tem da organização é, segundo Capriotti o estudo dos efeitos: “Efeitos cognitivos ... atitudes, crenças e valores das pessoas. Efeitos afectivos ... modificação de sentimento e emoções. Efeitos de conduta ... afectam a reacção das pessoas”.

---

<sup>2</sup> Todas as traduções são da nossa autoria

### 2.1.3 A Comunicação Integrada

Capriotti define comunicação integrada de empresa como “A administração dos recursos de comunicação da organização” Capriotti (1992: p.17), sendo que a mesma tem como objectivos principais gerar a credibilidade, confiança e uma actitude favorável nos públicos, considerando estes não como sujeitos de consumo mas antes como sujeitos de opinião.

Por seu turno, Kunsch, entende como comunicação integrada “uma filosofia que direcciona a convergência das diversas áreas, permitindo uma actuação sinérgica. Pressupõe uma junção da comunicação institucional, da comunicação mercadológica, da comunicação interna e da comunicação administrativa, que formam o mix, o composto da comunicação organizacional” Kunsch (2003: p.150).

Indo ao encontro desta autora podemos assim afirmar que a comunicação integrada visa, sobretudo adequar o discurso de uma determinada organização, de forma a que este seja uniforme independentemente da área de onde o mesmo surja, ou seja, não deverá comunicar com o exterior isoladamente cada departamento da organização. Cada um dos departamentos de uma organização deverá sim, comunicar com uma área responsável pela elaboração do discurso institucional e esta com o exterior ou interior da organização, adequando o seu discurso ao respectivo público alvo, uniformizando-o assim.

Tal como refere esta autora “Acreditamos na comunicação integrada, ou seja, na actuação conjugada de todos os profissionais da área. Não há conflitos entre as diversas actividades: há somente benefício do cliente” Kunsch (2003 *apud* Aberp, 2003: p. 151).

## 2.2 Imagem

Definir a imagem não se afigura tarefa fácil. Vejamos então várias definições da mesma, dada por alguns autores citados por Capriotti (2008: p. 15). Costa faz um agrupamento de expressões para definir a imagem: “imagem gráfica, imagem visual, imagem material, imagem mental, imagem de empresa, imagem de marca, imagem corporativa e imagem global”, já Marion fala de três classes de imagem da empresa: “A imagem colocada, a imagem desejada e a imagem difundida”. Frank Jefkins define cinco tipos de imagem: “imagem de espelho, imagem actual, imagem desejada, imagem corporativa e imagem múltipla”. Lougovoy Y Linon distinguem entre “imagem símbolo, imagem global, imagem das actividades, imagem dos productos, imagem das pessoas e imagem como aparência de feito” . Enrico Cheli refere três tipos de imagem: “real, potencial e óptima” Villafañe fala de três dimensões da imagem corporativa: “A autoimagem, a imagem intencional e a imagem pública. Rafael Pérz distingue entre: “autoimagem e imagem social. Refere ainda Capriotti que, analisando todas as definições uma ideia sobressai: imagem é “uma representação de um objecto real que actua em substituição deste”. No entanto a maioria

dos autores faz uma interpretação diferente, desta forma e fazendo uma análise dos mesmos, Capriotti estrutura em três grandes noções: “a) a imagem-ficção; a imagem-ícone, e c) a imagem-atitude.” Costa in Capriotti (2008) define a imagem como “ a representação mental, na memória colectiva de um estereotipo ou conjunto significativo de atributos, capazes de influenciar os comportamentos e de os modificar”. De igual forma, Enrico Cheli citado em Capriotti (2008) afirma que a imagem é “aquela representação mental - cognitiva, afectiva e valorativa - que os indivíduos formam diante de si mesmos”, baseando-se no conceito de atitude.

O conceito de imagem, tem vindo a ser cada vez mais utilizado no ramo empresarial, lado a lado com a qualidade de produtos e serviços, tem conseguido a primazia no sucesso da empresa. Por este motivo torna-se pertinente perceber se a Imagem pretendida é de facto a Imagem percebida

Segundo Marie-Helene Westphalen (s/d: p.11) “a imagem de uma firma é o somatório das diferentes imagens”, quer isto dizer a junção da imagem de natureza interior, financeira, tecnológica do produto e do público. Já o grupo Corporate citado por Villafañe (1993: p. 42) apoia quatro destes pontos. A imagem institucional só se consegue pela junção de todos estes pontos pois isoladamente os mesmos não são representativos da imagem, uma vez que esta varia ao longo do tempo.

Falar de imagem implica necessariamente falar de três vertentes distintas da mesma. Como refere Westphalen (s/d: p.13), existe a imagem real que é a objectiva, ou seja o que a empresa é realmente, a imagem adquirida ou subjectiva que resulta da forma como é vista a empresa e a imagem desejada que consiste na forma como a empresa quer ser vista. Westphalen defende ainda que para se conseguir uma boa imagem será necessário respeitar quatro princípios:

- 1 - Uma imagem justa - a realidade da empresa é a que se transmite;
- 2 - Uma imagem positiva - conseguir que a empresa seja conhecida de forma positiva;
- 3 - Uma imagem duradoura - a imagem deve perdurar, por isso será necessário que ela seja exacta;
- 4 - Uma imagem original - que prime por acrescentar algo novo para que se possa distinguir.

### **2.2.1 Imagem corporativa**

Falar de imagem corporativa implica inicialmente falar destes dois conceitos isoladamente. Assim sendo podemos descrever o conceito de corporativo como algo que se relaciona com uma organização e ou instituição. Já a Imagem segundo Villafañe não é tão fácil de descrever. “A imagem como representação é a conceptualização mais comum que possuímos e, talvez por isso,

este fenómeno se reduza a umas quantas manifestações. Todavia compreende outros âmbitos que ultrapassam os produtos da comunicação visual. Implica também outros processos, como pensamento, a percepção a memória e, em suma, a conduta“ Villafañe (1985: p.29). Villafañe propõe um “modelo dinâmico” onde todos os elementos participam na criação de uma imagem positiva. Esta imagem depende não só da comunicação interna como da comunicação externa. Todas as actividades da instituição/organização trabalham para o mesmo fim. Imagem corporativa é assim a representação que se cria na mente do público, tendo por base todas as atitudes e actividades criadas e desenvolvidas pela instituição/organização. Importa referir que Imagem e Identidade corporativa são diferentes, sendo que a identidade corporativa se limita a utilizar os meios comunicacionais onde a instituição/organização se apresenta (onde refere quem é, o que faz, como faz e para quem faz) seja descreve o conjunto de características visíveis ou não que a instituição/ organização possui. É o que poderemos chamar de “personalidade” da instituição/organização, é a sua forma de actuar, sendo que esta actuação deverá ser feita de igual modo por todos os elementos que dela fazem parte. Esta identidade corporativa não é linear, ela depende de três factores que são segundo Villafañe: comportamento corporativo, cultura corporativa e por último a personalidade corporativa. Comportamento corporativo reflecte-se na forma que a instituição tem de actuar, bem como na sua comunicação e relações comerciais. A imagem que o Público cria da Instituição/ organização é criada tendo como base o comportamento da mesma. Como segundo factor Villafañe refere a cultura corporativa que se resume não só aos princípios e opiniões como também aos valores relativos à Instituição/organização e entre esta e o seu meio de actuação. Como terceiro e último factor Villafañe indica a personalidade corporativa que se reflecte na imagem que a própria instituição quer “vender” ao seu público, são todos os elementos que ela quer que o público assimile.

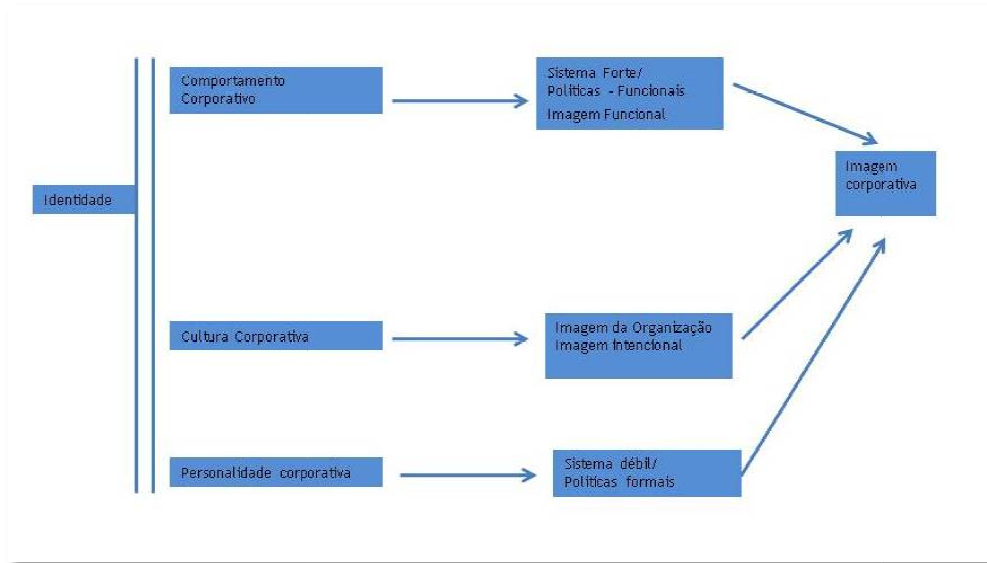
Diz Villafañe que a Imagem Corporativa é assim a junção dos três factores. O comportamento corporativo encontra-se mais direccionado para departamentos cuja gestão será mais forte, é o caso do departamento financeiro, departamento de marketing, departamento comercial, enquanto que uma gestão mais fraca se ocupa da personalidade e da cultura e estas estão dependentes de politicas formais que são as que se ocupam da imagem da Instituição/organização.

Uma outra definição de Imagem Corporativa interessante é a de Nicholas Ind “(...) aquela que um determinado público tem sobre empresa. Será determinada por tudo o que a empresa faça. O problema é que públicos diferentes interpretam as mensagens de forma diferente. Por isso a gestão de Imagem corporativa é uma tarefa permanente”<sup>3</sup> Nas instituições/Organizações podemos encontrar três tipos de imagem. A imagem que os funcionários têm da instituição, a chamada auto-imagem, a imagem que é desenvolvida pelas Relações Públicas, que será a

---

<sup>3</sup> Ind, N. La Imagen Corporativa. Estratégias para desarrollar programas de identidad Eficaces, Daz dos Santos, 1992, pág. 11

imagem pretendida e finalmente a Imagem percebida, que é aquela que o público constrói na sua cabeça.



**Figura 2 - Relação entre a identidade e a imagem corporativa**  
Fonte: Adaptado de Villafañe (1993)

Três aspectos são necessários para que a imagem que o público forme no seu pensamento seja uma imagem positiva e com alguma durabilidade. Villafañe aponta em primeiro lugar a própria realidade da Instituição, pois só assim será possível ao público identificar-se com ela, segundo ponto será o de apostar nos pontos fortes da instituição e elaborar com muito rigor não só a comunicação como também as relações externas de forma a que a imagem percebida seja efectivamente a imagem que se pretende transmitir a que Villafañe chama “Imagem Intencional”. Terceiro e último aspecto é o de organizar as políticas formais e informais para a gestão da imagem. Chegamos assim à gestão estratégica da imagem que segundo o grupo corporate citado por villafañe “(...) é mais uma função de gestão do que de comunicação. Distingue-se por exemplo das relações exteriores ou da publicidade que são meras técnicas de comunicação. Esta gestão da imagem consiste na tradução do esquema estratégico para um esquema de imagem tendo em conta nesse caso o estado de opinião em relação á empresa.”<sup>4</sup> Também para o referido grupo a imagem global consegue-se pela relação entre as outras imagens, entenda-se imagem financeira, imagem interna e imagem institucional. Após a obtenção de uma imagem global analisam-se ambos os sistemas (forte e fraco) procurando as vantagens de cada um deles, e após esta análise consegue-se a chamada Imagem Positiva.

<sup>4</sup> Corporate: les cahiers de la communication. Les bases théoriques de la fonction communication des entreprises, 1989.pág. 2

Assim, podemos dizer que a imagem corporativa transmite a identidade corporativa utilizando meios de comunicação, onde a instituição se apresenta, referindo quem é, o que faz, como faz e para quem faz, descrevendo o conjunto de características tangíveis e intangíveis da mesma, ou seja, a sua personalidade.

A identidade corporativa é composta assim por três factores:

1 - O comportamento corporativo, consiste nas relações que a organização estabelece com os seus stakeholders, bem como o conjunto de valores e princípios que esta compartilha com os seus membros;

2 - Cultura corporativa é o conjunto de valores e princípios partilhados pelos membros de uma instituição, bem como a conduta seguida por estes nas suas relações com o meio externo e interno;

3 - Personalidade corporativa é a imagem que a organização pretende fazer chegar ao público, ou seja a sua imagem institucional.

Destes três factores citados, podemos destacar o primeiro como o sistema forte uma vez que, este depende directamente de factores totalmente controlados pela organização, tais como recursos financeiros e humanos a afectar, marketing, procedimentos, produtos e serviços disponibilizados, já o terceiro, por seu turno, podemos destacar como o sistema débil, uma vez que não depende unicamente da organização mas também do público e do feedback deste. A mensagem transmitida pela organização, para criação da imagem institucional, poderá ser interpretada de forma diferente por diferentes públicos e assim o feedback desta mensagem poderá igualmente ser muito diversificado.

Objecto	Operação	Instrumento /Programas
Definição da estratégia de Imagem	Analisar a Imagem Actual	Auditoria de Imagem
Configuração da personalidade Corporativa	Criar uma norma corporativa	Programa de Identidade Visual Programa de Intervenção Cultural Manual de Gestão comunicativa
Gestão da Comunicação	Controlar a Imagem através da Comunicação	Programas de Comunicação interna e corporativa

**Figura 3 - Modelo geral para a gestão estratégica da imagem corporativa**  
Fonte: Adaptado de Justo Villfañe (1993)

Westphalen (s/d: p.13) refere que “Comunicar é edificar um capital-confiança baseado no valor da empresa, na sua competência, e um capital-simpatia que permite que a empresa seja escolhida, apreciada e defendida”. Há pois que procurar aumentar o valor da empresa para que este capital-confiança aumente também. Tratando-se de empresas de serviços, há assim que acrescentar valor ao serviço prestado ao cliente, ou seja, acrescentar qualidade, nas suas diversas formas. Parece pois pertinente nesta altura, fazer uma abordagem à definição de serviços e qualidade em serviços.

## 2.3 Serviços, Modelos de Serviços e Qualidade em Serviços

### 2.3.1 Definição de serviços

Dado o elevado número de conceitos e abordagens que existem para serviço, torna-se difícil concretizar uma definição para o mesmo. Segundo Kotler (2003), serviço trata-se de um processo ou acção podendo estar ou não ligado a um bem físico, possuindo como característica principal a intangibilidade. Para Lambe (2004) serviço trata-se da aplicação de esforços humanos a pessoas.

### 2.3.2 Modelos de serviços

Quando abordamos a temática de serviços, temos obrigatoriamente que nos debruçar sobre o processo de criação desses mesmos serviços. Eiglier & Langeard (1989) propõem-nos o Modelo servunction. Segundo este modelo a coerência entre os elementos intervenientes no serviço e a qualidade dos elementos que intervêm no seu processo de elaboração definem a qualidade do próprio serviço. Destes elementos, podemos destacar os recursos humanos, o suporte físico e evidentemente o cliente, que no caso presente, por se tratar de serviços de saúde designamos por utente. Transpondo para o caso em apreço, a prestação de cuidados de saúde, enquanto serviço é efectuada durante a consulta e nesse mesmo espaço e tempo que o serviço é consumido, ou seja o utente é observado, aconselhado e, quando necessário prescritos medicamentos, meios complementares de diagnóstico.

As organizações prestadoras de serviços, regra geral encontram-se divididas em duas partes distintas as quais são designadas por *front office* e *back office*. A primeira podemos generalizar como sendo a parte visível dessa organização, são os recursos humanos que entram em contacto com o cliente, no nosso caso utente. Quanto ao *back office* é toda uma parte invisível da organização, a qual suporta o *front office*, podemos defini-la igualmente como a logística da organização. Nas empresas / entidades prestadoras de serviços, o *front office*, os recursos

humanos que entram em contacto directo com o cliente / utente, assumem uma importância extrema. São estes, a imagem de toda a organização e esta é muitas vezes avaliada pelos clientes / utentes, com base na competência e postura revelada pelos recursos humanos que constituem esse *front office*, ou pessoal de contacto.

Citando Bateson e Hoffman, (2003: p.23) a intangibilidade é uma “característica peculiar dos serviços que os torna incapazes de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos”, ou seja, sendo os serviços imateriais, antes de serem utilizados ou consumidos, estes não podem ser sentidos, mostrados, vistos, ouvidos ou cheirados pelo cliente / utente. O detalhe dos serviços é algo que cliente/ utente apenas poderá examinar e ou desfrutar na altura em que consome esse serviço.

Na opinião de diversos autores tais como Grönroos (2003); Zeithmal e Bitner (2003); Bateson e Hoffman, (2003); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005); Saias (2007) para além da intangibilidade, existem ainda três características aliadas aos serviços, a precibilidade, variabilidade ou heterogeneidade e a inseparabilidade.

Quanto à primeira característica, a precibilidade, esta significa que o consumo, fornecimento e produção do serviço se efectuam em simultâneo, como tal, os serviços não podem ser armazenados, desta forma a organização fornecedora de serviços, tem que efectuar uma constante e rápida adaptação à procura dos mesmos, isto porque, em regra a procura não se mantém estável. Paralelamente a isto, há que ter em consideração o facto de o cliente / utente, não se tornar proprietário de um serviço porque, como já foi dito, este é consumido esgotando-se na altura precisa da sua prestação a qual coincide com a sua produção, já no caso de um bem o cliente torna-se proprietário desse produto.

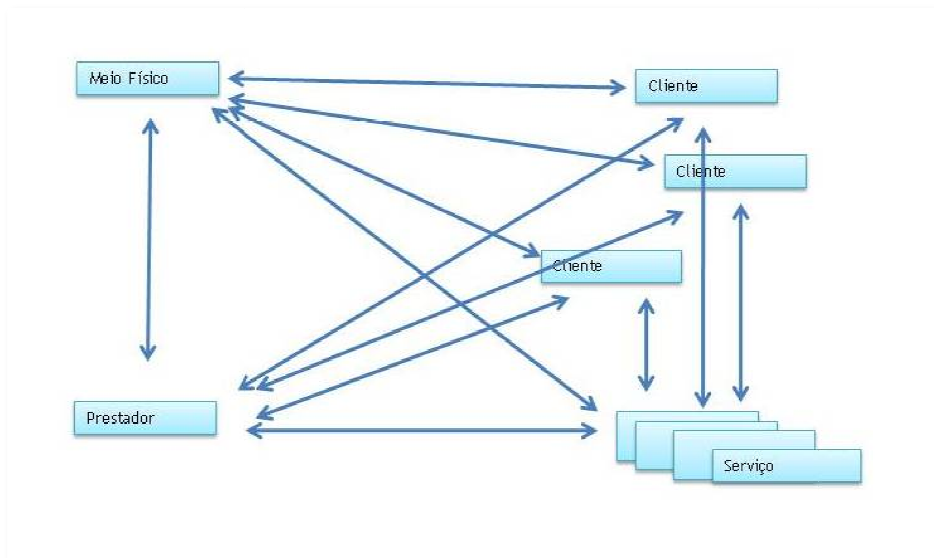
Quanto à heterogeneidade, podemos afirmar que a qualidade dos serviços é de facto heterogénea, uma vez que depende de quem o presta, no momento, do local e da forma como o serviço é prestado e porque a sua produção e consumo envolve pessoas, havendo assim um elevado potencial de variação. A experiência e envolvimento, assim como grau de exigência que o cliente / utente pretende desse serviço, é contribuição fundamental para a sua qualidade.

Referindo-nos à inseparabilidade dos serviços, esta característica traduz-se no facto de que estes, não podem ser separados de quem os presta, contrariamente a grande parte dos bens, os serviços são vendidos, e só depois produzidos, sendo consumidos no mesmo instante da sua produção, e no exacto local da sua produção. É importante que os recursos humanos do front Office estejam preparados para interagir com os clientes / utentes, uma vez que nesta óptica quer o cliente, quer o prestador de serviços fazem parte do serviço e ambos contribuem para influenciar o resultado do serviço. Outra característica da inseparabilidade é o facto de poder existir envolvimento ou presença de outros clientes, pelo que o seu comportamento e presença

poderá determinar a satisfação que o serviço oferece ao cliente individualmente. Uma vez que a produção de serviços implica uma relação entre os recursos humanos do front Office e o cliente, é imprescindível que seja estabelecida uma relação de confiança, desta forma para uma eficaz gestão do serviço há que garantir que os clientes envolvidos no serviço não interferem com a satisfação dos restantes.

O serviço, apenas tem valor efectivo quando realizado, para tal há que conjugar duas variantes: a necessidade do serviço por parte do cliente / utente e disponibilidade para satisfazer essa necessidade com a consequente procura do serviço, e da parte da organização / entidade prestadora de serviços disponibilidade de recursos humanos, técnicos e materiais para efectuar a prestação do serviço.

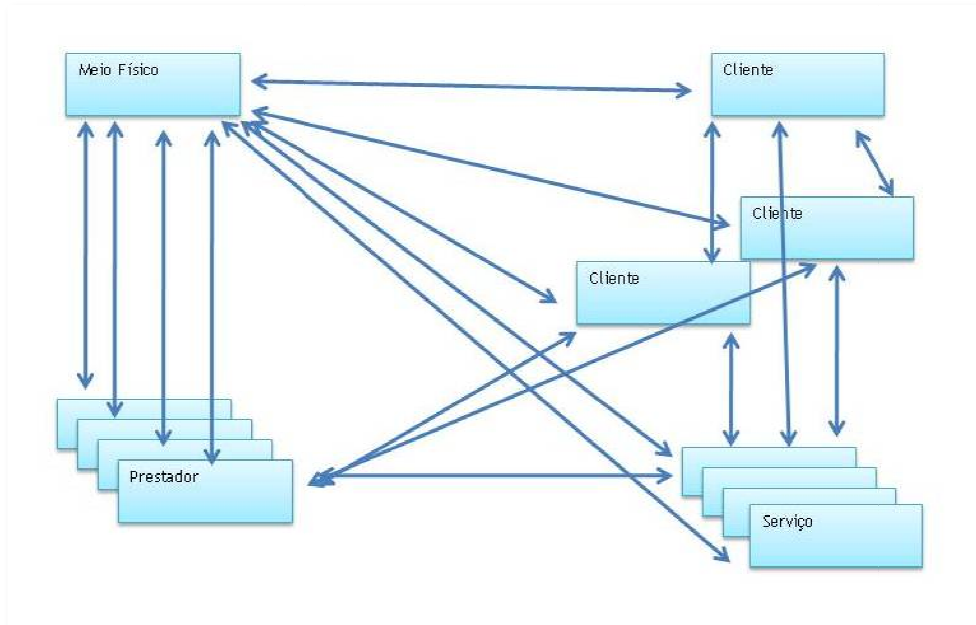
Teoricamente, um “Bom Serviço” é aquele que consegue satisfazer as necessidades do cliente, tanto as tangíveis como as intangíveis, ou seja, quando a prestação do serviço excede as expectativas criadas pelo cliente / utente. A definição de “Bom Serviço”, não existe, é algo que varia consoante o cliente/utente, um exemplo disto será um cenário onde o cliente/utente procura rapidez e em lugar desta, a empresa/entidade apresenta simpatia. Neste caso podemos considerar esta prestação como um mau serviço pois as expectativas do cliente/utente não foram satisfeitas. Segundo Fernandes (2000) “Os prestadores de serviços devem saber exactamente o que os clientes e potenciais clientes consumidores de serviços esperam deles”. Em qualquer organização/entidade prestadora de serviços a situação tende a tornar-se tanto mais complexa quanto maior for o número de clientes/utentes aos quais essa organização/entidade terá que prestar serviços (IQS, 2005). De cada uma das diferentes interações obtém-se como resultado um serviço, resultando, tal como ilustra a figura 1 em diversos serviços, os quais são percebidos de forma distinta pelos diversos clientes/utentes, consoantes as expectativas individuais de cada um deles, assim como as suas experiências anteriores, a expectativa de satisfação das suas necessidades, a sua disposição quando da prestação do serviço, o conforto que o cliente/utente percepçiona no local e momento da prestação do serviço bem como a disposição do prestador do serviço no momento em que presta esse mesmo serviço, aliado aos meios disponíveis para a prestação desse mesmo serviço.



**Figura 4- Interação na prestação de serviços**  
 Fonte: Instituto da Qualidade (IQS), (2003)

Há ainda que levar em consideração o facto de a um mesmo cliente/utente e para satisfação de uma mesma necessidade, existirem mais que um prestador de serviços em simultâneo, podendo daí resultar serviços distintos, isto porque a interacção estabelecida ente os diferentes prestadores e o cliente/utente é também ela distinta, resultando em diferentes satisfações das necessidades e consequentemente em formas distintas de colmatar as expectativas.

Tratando-se as organizações/entidades de sistemas abertos, sujeitos a input's e produzindo output's, quer do processo produtivo da própria organização, quer aos provenientes do ambiente externo à organização, os diferentes prestadores de serviços assim como os diferentes clientes/utentes acabam por interagir entre si e interagir com o meio físico de formas diferentes. Na figura 2 podemos constatar a complexidade das interacções de que falamos. Esta é a imagem da realidade diária nos locais de atendimento de clientes/utentes das Instituições de saúde. Para tal, basta-nos imaginar uma simples fila de espera para marcação de consulta. Todas as interacções que se estabelecem entre os utentes, os colaboradores destas Instituições, o meio ambiente, instalações, materiais e equipamentos. Esta teia de relações é bastante fácil de compreender tornando-se no entanto bastante difícil de gerir.



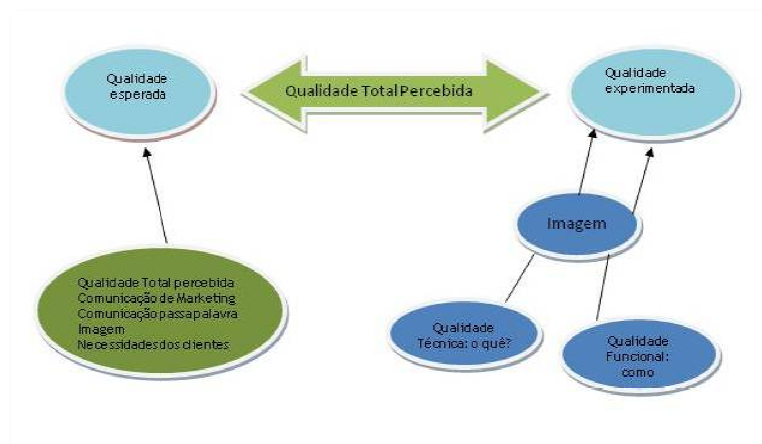
**Figura 5** - Interação na prestação de serviços  
 Fonte: Instituto da Qualidade (IQS), (2003)

A prestação de serviços irá ser avaliada pelo cliente/utente, classificando-a de boa ou má, conforme as suas expectativas mas também baseando-se em experiências já vividas. Esta avaliação imediata, traduz-se numa avaliação positiva ou negativa indo determinar o comportamento do cliente/utente desse serviço assim como futuras relações entre ambos (cliente/utente e organização/instituição). De igual forma, o prestador de serviços (recursos humanos do *front office*) avalia os níveis de stress, satisfação e incómodo sentidos a prestação do serviço perante determinado cliente/utente resultando dessa avaliação, ainda que inconsciente um aumento ou redução da sua motivação, situação que irá afectar a sua relação com esse determinado cliente/utente. Estas duas avaliações efectuadas pelo cliente/utente e prestadores de serviços traduzem-se na valorização do serviço prestado por uma e outra parte, podendo daqui resultar valorizações diferentes e algumas vezes diametralmente opostas. Por isto, as organizações prestadoras de serviços consideradas de sucesso focam toda a sua atenção nos cliente/utentes, assim como nos recursos humanos afectos à directa prestação de serviços.

Procura-se pois determinar “se” e “como” o aumento da satisfação do cliente/utente poderá influenciar positivamente o desempenho futuro da organização, isto segundo Kotler e Lee (2008). Também para estes autores, cada satisfação distinta, apresenta-se como uma nova oportunidade de satisfação das necessidades dos clientes, sendo que, ao sucesso das organizações encontra-se implícita a necessidade de colocação no topo de uma pirâmide invertida os seus clientes/utentes imediatamente seguidos pelos recursos humanos que integra o front office pois, como já vimos, são estes que estão em contacto directo com o cliente. Esta visão é igualmente partilhada por Carapeto e Fonseca (2006).

Modelo de Gaps ou Discrepâncias, este modelo foi desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry. Este modelo dedica-se à análise das causas geradoras de deficiências na prestação de serviços. A diferença entre o esperado a nível do serviço e o que é efectivamente percebido pelo cliente tem a sua génese em cinco discrepâncias ou Gaps, as quais são resultado do desconhecimento das reais expectativas dos clientes. Com consequência disto, os autores desenvolveram um instrumento que permite efectuar a medição das expectativas e percepção dos clientes relativamente ao serviço oferecido. Referimo-nos à escala SERVQ UAL.

O modelo da imagem, formulado por Grönroos formula como qualidade percebida o resultado final existente entre a qualidade funcional dos processos, integrando esta a recepção dedicada ao cliente, o que este obtém ou a forma como é realizada a prestação do serviço, qualidade técnica, ou seja, o proveito retirado pelo cliente das suas interações com a organização e a imagem corporativa. Estes três factores são condicionantes da relação percebida que o indivíduo possui de algo tangível como é o caso de um produto ou mesmo de algo intangível como seja um serviço. As duas primeiras dimensões, de que se trata e como lhe é apresentada, resultam na qualidade experimentada pelo cliente. Já este estabelece o paralelismo entre esta qualidade, a experimentada, com a qualidade esperada, resultando desta diferença a qualidade percebida. Assim, a qualidade percebida está dependente das seguintes variáveis: do desempenho técnico-funcional do serviço e do esperado pelo cliente desse serviço. Na figura 3 podemos observar uma abordagem esquemática à qualidade percebida total.



**Figura 6 - A qualidade percebida total**  
 Fonte: Grönroos (1988:12)

Lehtinen e Lehtinen (1991) seguem a mesma linha para a sua explicação. Estes autores distinguem: I) Qualidade física, ou seja, a que está directamente relacionada com as partes tangíveis ou elementos físicos que integram o serviço, tais como, bens dos consumidores durante

o processo de prestação do serviço, assim como o ambiente e os instrumentos, no fundo aquilo que torna possível a prestação do serviço; II) A qualidade interactiva, como já vimos trata-se da qualidade resultante do contacto entre os recursos humanos do front office, assim como dos restantes recursos do prestador de serviços e o cliente/utente; III) A qualidade corporativa, referindo-se esta à imagem da própria empresa e como esta é entendida pelos clientes.

### **2.3.2.1 Qualidade em serviços**

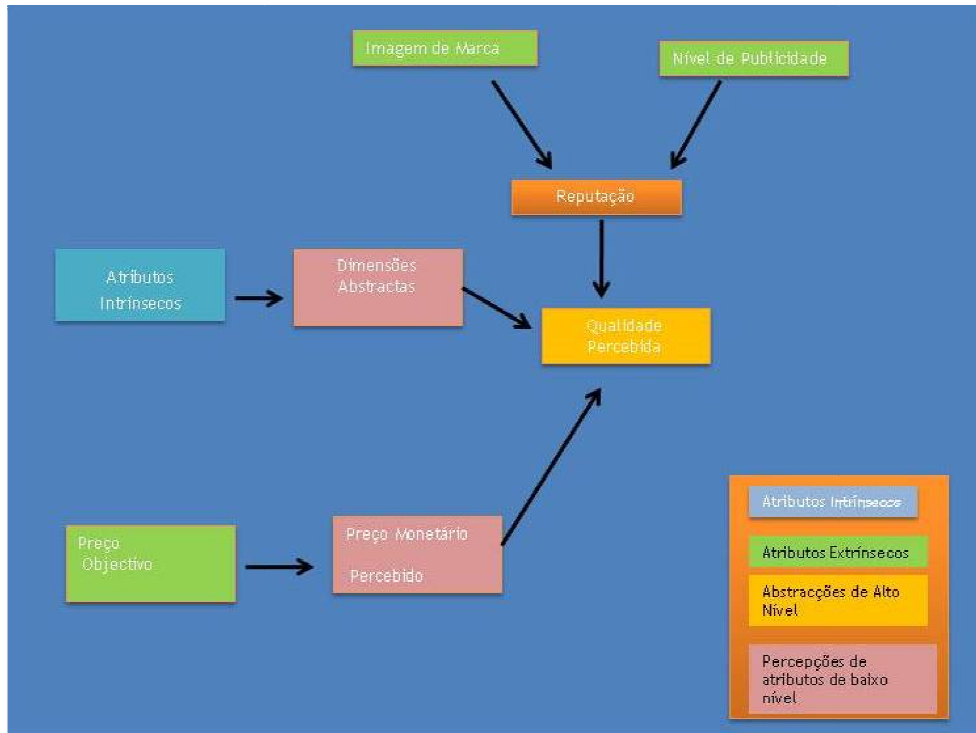
O conceito de qualidade, tem vindo nas duas últimas décadas a ser cada vez mais utilizado, fazendo actualmente parte da nossa linguagem. Na realidade, actualmente, fala-se de qualidade, seja esta a qualidade de determinado produto, prestação de serviço, ensino, vida, entre outras. Com a cada vez maior oferta de novos produtos e/ou serviços surge igualmente uma cada vez maior procura da qualidade, com os clientes a assumirem igualmente uma nova cultura, encontrando-se cada vez mais despertos e exigentes relativamente a pormenores até aqui descurados.

Inicialmente, o conceito de qualidade encontrava-se associado ao produto em si, este conceito tem vindo cada vez a tornar-se mais abrangente à medida que foi aumentando a oferta de serviços aliada ao aumento de capacidade de oferta desses mesmos serviços e consequentemente também ao aumento da concorrência.

Neste projecto, podemos definir qualidade como a forma de estar, de interagir, na actuação com o objectivo de possibilitar uma procura constante e permanente da obtenção de melhores resultados, assentes num melhor desempenho de cada um dos diversos intervenientes no processo. Como qualquer Organização/Instituição que possui clientes/utentes, a qualidade na prestação de serviços terá que estar sempre direccionada para estes, procurando em todos os momentos a plena satisfação das suas necessidades e expectativas.

Pese embora as inúmeras propostas de definições de qualidade existentes na literatura, quase todas elas são alvo de inúmeras críticas pela ausência de especificação da formação das percepções acerca da qualidade, nem tão pouco levarem em consideração as variáveis que influenciam a formação dessa mesma percepção. Steenkamp (1990) tenta ultrapassar estas limitações quando propõe a seguinte definição: “Avaliação de valor idiossincrásico sobre a conveniência para o consumo que está fundamentado nos processos de indícios de qualidade consistentes e/ou inconsistentes em relação a atributos de qualidade relevantes num contexto de variáveis pessoais e situacionais”.

Retida na memória, em diversos níveis de abstracção, o consumidor dispõe de informação que utiliza para formar uma avaliação sobre a qualidade. Zeithaml (1988) propõe três níveis, conforme podemos observar na figura 5.



**Figura 7 - Componentes da qualidade percebida**  
 Fonte: Zeithaml (1988:7)

Verificamos que no primeiro nível o indivíduo dispõe de atributos intrínsecos e extrínsecos, os quais utiliza para analisar a qualidade. No segundo nível, fazendo uso dos atributos percebidos no nível anterior, o consumidor forma percepção de atributos de baixo nível. É neste nível que se formam as dimensões, as quais, por serem abstractas, podem ser generalizáveis a grupos ou categorias de produtos. A grande quantidade de variáveis que afectam a qualidade de determinado produto, são desta forma, agrupadas e reduzidas nestas dimensões. O terceiro e último nível, o qual corresponde ao nível de abstracção superior, encontra-se a percepção da qualidade percebida.

Desta forma, podemos determinar como características mais relevantes da qualidade percebida: diferente da objectiva; um nível superior de abstracção comparativamente a um atributo específico do produto; avaliação global; reflectindo a atitude do indivíduo relativamente ao objecto, avaliação normalmente predeterminada, encontrando-se condicionada pelo contexto, sendo três os factores que contribuem para a formação da evolução da qualidade percebida relativamente ao serviço: pessoais, situacionais e corporativas.

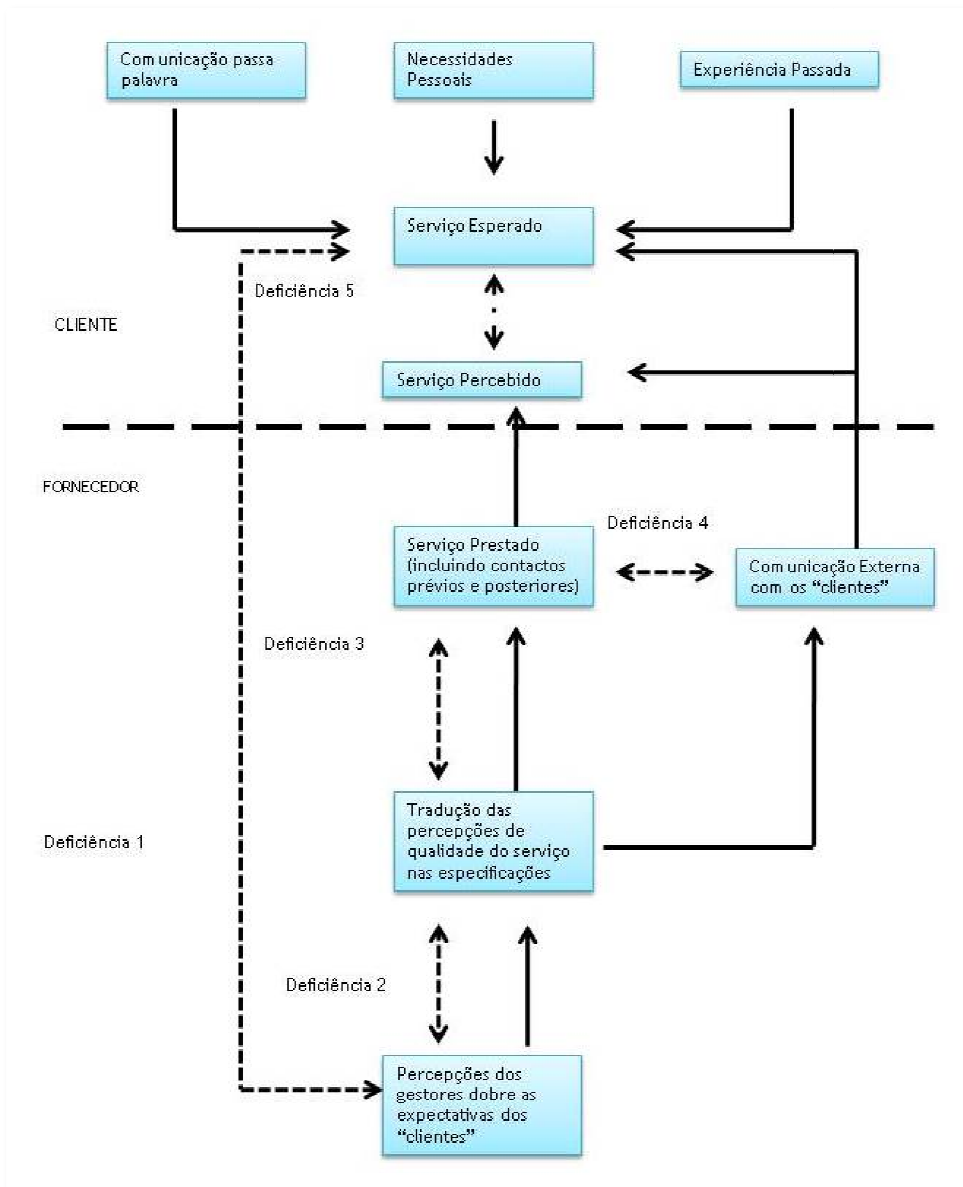
Se a qualidade objectiva apresenta como principais características o facto de ser determinads e calculada por elementos da própria organização e tendo como dados quantificáveis, o número de reclamações, a quantidade de problemas assim como o seu tipo, os tempos activos dos trabalhadores, entre outras, já as medias externas, qualidade subjectiva, apresentam como

principais características o facto da informação relativa aos resultados da qualidade ser proveniente de fontes externas à organização, quer em termos quantitativos, quer qualitativos, sendo estes, obtidos sobretudo através de inquéritos aos clientes/utentes, visando questões acerca do nível de satisfação destes, intenção de compra, entre outras. As medidas externas qualitativas, têm vindo a ser utilizadas pelas organizações, com a intenção de aferir sobretudo o nível de qualidade percebida do serviço, por parte dos destinatários, ou seja, na óptica do cliente/utente. Esta metodologia, tem vindo, com o decorrer do tempo a expandir-se a outras áreas as organizações, tornando-se transversal às mesmas, sendo igualmente aplicada na determinação da qualidade percebida de fornecimentos de serviços, qualidade percebida dos serviços logísticos, qualidade percebida do desempenho da organização e seus recursos humanos assim como a qualidade percebida das organizações, ou, no caso do presente estudo, qualidade percebida da prestação de serviços de cuidados de saúde por parte da USF Portus Alacer.

### **2.3.2.2 Modelo de qualidade do serviço**

A diferença entre o serviço esperado e aquele que é percebido, é para Grönroos (1983) a qualidade do serviço. Desta diferença, resulta a qualidade avaliada pelo Cliente/utente, durante e depois da prestação do serviço, quando equaciona as suas expectativas (serviço esperado) com o efectivo desempenho que lhe é apresentado (serviço percebido).

Posteriormente, outros autores vêm igualmente partilhar desta opinião, como é o caso de Parasuraman, Zeitheml e Berry (1988), os quais, como referido anteriormente, definiram como qualidade percebida de serviço, a avaliação global, ou atitude relativa à superioridade do serviço. Esta avaliação é a base do desenvolvimento metodológico e teórico, o qual permitiu modelar o processo proposto, Parasuraman et al. (1985), tendo este, posteriormente sofrido algumas alterações com vista à sua ampliação. A figura 6 é ilustrativa do processo proposto por Parasuraman e tal (1985).



**Figura 8 - Modelo conceitual da qualidade em serviços**  
 Fonte: Portaldomarkting.com.br

No modelo apresentado, podemos constatar a existência de diversas discrepâncias ou gaps, também apelidadas de diferenças ou deficiências. Estas gaps, estão relacionadas com as diversas interpretações que os diferentes intervenientes no processo podem fazer acerca do mesmo, as quais podem resumir-se a:

- Gap 1 - Expectativas criadas pelo cliente assim como as percepções dos gestores acerca dessas mesmas expectativas;
- Gap 2 - Percepção dos gestores acerca das expectativas dos clientes e as especificações acerca da qualidade oferecida;

- Gap 3 - Especificações acerca da qualidade do serviço a prestar e a real prestação do serviço;
- Gap 4 - Prestação efectiva do serviço e comunicação externa;
- Gap 5 - Expectativas do cliente acerca da qualidade do serviço e a real prestação que lhe foi oferecida. Esta Gap, no fundo, é aglutinadora das anteriores 4 Gap's.

No que se refere às 4 gap's iniciais, estas foram abordadas pelos próprios autores e solucionadas através da investigação dos factores que contribuíram ou afectaram a magnitude dessas mesmas gap's. Por sua vez, a quinta gap, tem recebido uma particular atenção por parte da literatura, tanto por parte dos próprios autores, os quais criaram inclusive e escala Servqual, tendo esta, posteriormente, já sido sujeita a algumas revisões, quer por parte daqueles que atribuem inúmeras limitações à referida escala.

Perece assim podermos concluir que para os utentes/clientes, a qualidade do serviço pode ser percebida por algumas características apresentadas pelos mesmos. Também Esteban (1999) refere, algumas dimensões da qualidade, tais como a acessibilidade, sendo que segundo este autor, as empresas de serviços devem, o máximo possível facilitar o acesso dos clientes aos serviços disponibilizados incorporando novas tecnologias, abrindo canais de comunicação mais acessíveis ou mesmo acrescentando valor ao serviço através da incorporação de serviços úteis para os seus clientes. Outra dimensão será a capacidade de resposta, é importante para qualquer organização que a resposta dada às solicitações dos seus clientes seja a mais rápida possível procurando simultaneamente que essa resposta seja dada o mais próximo possível do cliente sem este ter que alterar padrões de comportamento habituais, como deslocações ou alteração de horários. A comunicação será outra dimensão a levar em consideração. Como é referido pelo autor, o caso particular dos profissionais de saúde, não usando para com os clientes e/ou utentes linguagem demasiadamente técnica. Devem adoptar um discurso que seja facilmente compreendido pelo seu público alvo, no caso, pelos utentes do serviço de saúde. A cortesia deve sempre estar presente, não adoptando atitudes de subserviência, os profissionais de qualquer organização devem ter para com os seus clientes um trato cortês. Também a credibilidade é fundamental, uma organização, sobretudo ligada à saúde deve a todo custo promover a credibilidade, nenhum utente/cliente deve, no final de uma consulta apresentar quaisquer dúvidas sobre o que lhe foi transmitido pelo seu médico. Os elementos tangíveis, são, à partida os primeiros com os quais os utentes/clientes contactam, assume pois importância vital para uma organização a localização, acessos, e sobretudo a apresentação das suas instalações as quais, devem estar devidamente dimensionadas para o serviço que prestam e apresentar uma decoração adequada. Também a forma como os profissionais se apresentam é de importância vital. Sem ostentações, estes profissionais devem trajar adequadamente, sempre que possível recorrendo a uniformes que os identifiquem quer com a organização, quer com as funções que

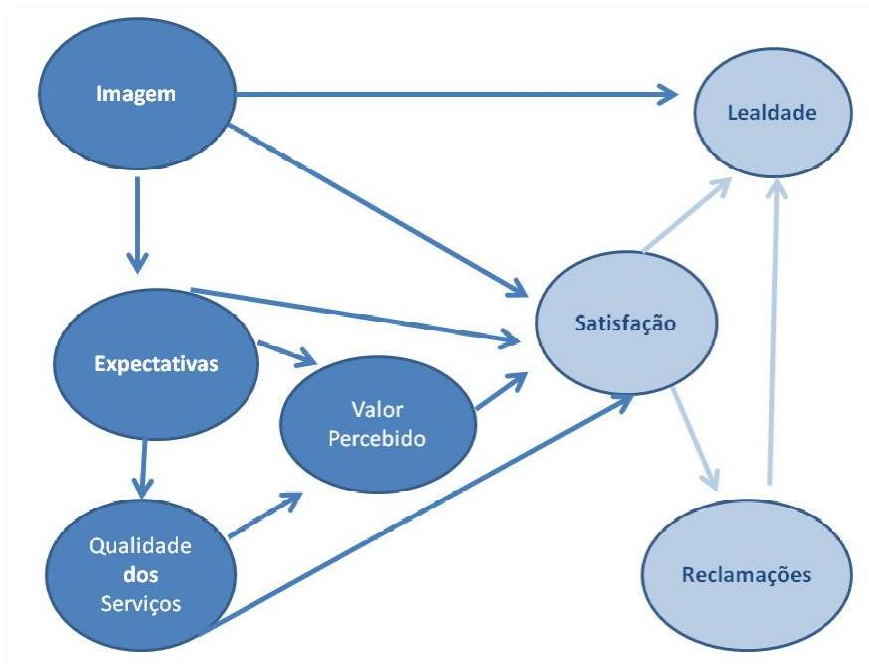
desempenham na mesma. Por último, o profissionalismo e segurança são essenciais, quando o utente recorre aos serviços de saúde, o médico tem que diagnosticar e curar, sempre que possível, demonstrando sempre segurança.

Tal como conclui Esteban (1999: p. 340) “Haverá qualidade quando as percepções superem as expectativas. Haverá tanta mais qualidade quanto maior for a diferença entre o percebido e o esperado”.

### **2.3.2.3 Satisfação do utente / cliente**

A definição de Kotler (1998: p.53) para satisfação é “... o sentimento de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa”. Esta satisfação pode ser percebida analisando na figura 7 os quatro pontos do modelo, a imagem, a expectativa do cliente/utente, a qualidade percebida e a relação preço qualidade.

A imagem engloba todas as associações mentais que os utentes/clientes fazem da organização, importa aqui perceber que um utente/cliente satisfeito divulga favoravelmente a organização, logo contribui para a criação de uma imagem positiva. Esta imagem é também conseguida pela confiança que a organização transmite ou seja, a organização diz e actua em conformidade com o que diz, na preocupação que a mesma tem para com o público que serve. A expectativa do utente/cliente resulta do sentimento que este possui em relação ao serviço. Esta expectativa é criada por ele resultante não só experiências anteriores como também fruto de relatos de terceiros, expectativa no sentido de perceber se os serviços disponibilizados farão face às necessidades sentidas, esta expectativa é sempre antecipada. A qualidade percebida é fruto da avaliação que o utente/cliente faz da panóplia de serviços que a organização disponibiliza face às suas necessidades. O valor apercebido é o resultado da relação que se estabelece entre o valor que o utente/cliente paga e a qualidade do serviço que lhe é prestado. Esta satisfação irá reflectir-se em dois importantes polos que são a lealdade e as reclamações, sendo que a primeira o utente/cliente manter-se-á fiel porque a prestação do serviço, satisfaz ou supera as suas expectativas, na recomendação que fará da mesma, na imagem favorável que ele próprio divulga e que vai contribuir para que a organização tenha uma imagem positiva, na segunda ele abdicará desses mesmos serviços, não recomendará a mesma e tecerá comentários desfavoráveis acerca da organização o que originará uma imagem menos positiva, analisando por outra vertente, as reclamações apresentadas devem ser encaradas pela organização como oportunidades de melhoria, ao serem corrigidas as deficiências que estiveram na sua origem, numa busca constante de melhoria da sua imagem.



**Figura 9 - Modelo do índice europeu da satisfação do cliente (ECSI)**  
 Fonte: Adaptado de ECSI

## 2.4 O Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde, tal como hoje o conhecemos é resultado de um processo evolutivo da especialização da prestação destes cuidados, mas também e não menos significativa evolução e estruturação do Estado. Para podermos ter uma melhor percepção da situação actual, há que recuar cerca de três séculos, até ao século XVIII. Nesta altura os cuidados de saúde gratuitos eram apenas prestados aos mais pobres, pelas Misericórdias, faltando no entanto a estas Instituições recursos humanos, e materiais especializados, bem como os recursos económicos necessários a uma prestação de cuidados de saúde eficazes.

Durante todo o Século seguinte a situação não se alterou significativamente, podendo no entanto registar-se o aparecimento dos primeiros hospitais, sendo os destinatários dos cuidados prestados nestas novas Instituições os mesmos que as Misericórdias já vinham assistindo. O início do Século XX traz consigo a primeira grande alteração ao estado geral da saúde pública em Portugal com a criação de uma rede de funcionários para a área da saúde, consequência da publicação do

Decreto de 28 de Dezembro bem como do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901, ambos da autoria do Dr. Ricardo Jorge<sup>5</sup>.

Volvidas cerca de mais quatro décadas, ou seja, em meados do Século XX começam então a ser criadas as primeiras maternidades e serviços médicos para as crianças. Paralelamente e com a publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1954, iniciam-se os programas de combate à tuberculose, lepra e doenças mentais, encetando-se desta forma a reforma sanitária de Trigo de Negreiros<sup>6</sup>. São sinónimo destes programas os Sanatórios e Centros de Saúde Mentais então criados. A par destas alterações, os restantes cuidados de saúde começam lentamente a estender-se igualmente a trabalhadores e suas famílias, recorrendo a contribuições obrigatórias feitas por estes bem como pelas entidades patronais para o seu financiamento. Esta situação manteve-se inalterada até à revolução de Abril de 1974. Por esta altura, todos ou praticamente todos os estabelecimentos de saúde portugueses foram nacionalizados.

Com a publicação da Constituição da República de 1976, aprovada pelo Decreto de 10 de Abril de 1976, vê-se reconhecido no seu artigo 64.º quer o Serviço Nacional de Saúde, quer o direito à protecção da saúde tal como seguidamente se transcreve:

“Artigo 64º - Saúde

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
  - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;
  - c) Orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos;
  - d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;

---

<sup>5</sup> Dr. Ricardo de Almeida Jorge - Nascido no Porto a 9 de Maio de 1858 e falecido em Lisboa a 29 de Julho de 1939, médico, higienista, investigador e Professor de Medicina, destacou-se pela introdução em Portugal das técnicas e conceitos de Saúde Pública tendo igualmente exercido diversos cargos na Administração Pública.

<sup>6</sup> Joaquim Trigo de Negreiros - Nascido em Mirandela a 11 de Agosto de 1900 e falecido em Lisboa a 22 de Março 1973, licenciado em Direito, exerceu diversos cargos públicos entre os quais Secretário de Estado da Assistência Social entre 02 de Agosto de 1950 e 14 de Agosto de 1958.

e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.”

O Serviço Nacional de Saúde acaba apenas por ser criado com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Este não foi no entanto totalmente criado de raiz, foi antes sustentado por diversas estruturas já criadas, tendo-se a partir de então tentado harmonizá-las de forma a integrarem uma única estrutura, diferenciada na prestação dos diversos cuidados, contudo uma no seu objectivo. Inicialmente gratuito, veio a ser introduzido o pagamento de taxas moderadoras a partir de 1990 tendo estas, como objectivo anunciado uma maior racionalização no acesso aos cuidados de saúde.

Até à publicação do Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de Janeiro, primeira Lei Orgânica da Saúde, a responsabilidade, atribuições e competências dos Serviços prestadores de Cuidados de Saúde encontrava-se dispersa por diversas Direcções Gerais. A partir de 2006, consequência do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, também conhecido como PRACE, reconhece-se a necessidade intervir profundamente no Serviço Nacional de Saúde assim como na sua estrutura, tornando-se necessária a devida revisão do diploma anteriormente citado. Esta revisão culminou a publicação do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, procedendo-se assim à primeira grande revisão da Lei de Bases da Saúde. Posteriormente a esta data foram já introduzidas mais duas alterações através dos Decretos-Lei n.º 234/2008 e 91/2010, de 2 de Dezembro e 22 de Julho, respectivamente.

Para além do anteriormente citado, o maior desafio que o Sistema Nacional de Saúde enfrenta actualmente prende-se com a sustentabilidade do próprio sistema. O envelhecimento médio da população, o aumento da taxa de desemprego, a maior sofisticação e conseqüente aumento do preço dos tratamentos, tornam a gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde difícil, se não mesmo impossível de suportar apenas pelo Orçamento de Estado. Assim, esta sustentabilidade passa inevitavelmente pelo poder que o mesmo possa ter de atrair utentes com poder económico ou, aqueles que já possuem subsistemas de saúde privados capazes de gerar recursos financeiros para financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Para que esta atracção de novos utentes seja possível há premissas que não podem ser esquecidas, tais como uma gestão rigorosa através de um efectivo controlo de custos a par de uma optimização dos recursos assim como uma aposta forte na qualidade dos serviços disponibilizados, esta melhoria na qualidade dos serviços é o valor acrescentado ao produto que o vai tornar mais competitivo, colocando-o a par com outros serviços apresentados, mas que, por falta de uma rede idêntica à do actual Serviço Nacional de Saúde, não pode nunca concorrer com este uma vertente singular neste tipo de serviços, a proximidade, quer seja esta geográfica ou humana.

### **2.4.1 Lei de Bases da Saúde**

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) define a política de Saúde a nível nacional. Pretende-se com esta Lei que o Estado garanta o acesso aos cuidados de saúde a toda a população, bem como a promoção dos mesmos através de actividades planeadas e executadas adequadamente. Sendo a protecção da saúde um direito mas também um dever do cidadão, compete ao próprio assim como ao Estado a responsabilidade de procura e de oferta, respectivamente de serviços que vão ao encontro desse direito e dever.

A política de saúde de carácter nacional, assenta essencialmente na prevenção e promoção da saúde, contemplando todos os cidadãos sem excepção, sendo parte da participação do Estado no sentido de educar e incentivar as comunidades no sentido de influenciar as mudanças de comportamento.

Na Lei de Bases da Saúde definem-se os direitos e os deveres dos cidadãos, assim como a responsabilidade do Estado na promoção e vigilância da política de saúde. Em traços gerais, podemos afirmar que os direitos dos utentes baseiam-se essencialmente na escolha do profissional de saúde, decidindo informadamente se pretendem ou não receber determinado tipo de cuidados, no tratamento com respeito, prontidão na assistência a par da correcção técnica, ser informado da sua situação clínica, assim como das hipóteses de tratamento, gozar de confidencialidade dos seus dados, assim como o direito à reclamação quando a situação ou acontecimento o legitime. A par dos direitos o utente fica igualmente obrigado a um determinado número de deveres, essenciais para que as políticas de saúde surtam algum efeito. Exemplos de alguns deveres dos utentes são o respeito pelos restantes utentes do Serviço Nacional de Saúde, ou seja, todos nós, colaborar com os profissionais de saúde cumprindo as directrizes que lhe são indicadas, efectuar os pagamentos atempados das verbas que lhe forem solicitadas pela prestação de determinados cuidados, utilização dos serviços de saúde mediante as regras que se encontram antecipadamente estabelecidas.

### **2.4.2 Organização do Serviço Nacional de Saúde**

O Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o qual veio aprovar Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, determina no seu artigo 3.º que o Serviço Nacional de Saúde se organiza em Regiões de Saúde, sendo estas, por sua vez, divididas em Sub-Regiões de Saúde, as quais correspondem às áreas geográficas dos respectivos distritos do continente. É competência das Administrações Regionais de Saúde, estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, conforme plasmado no n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, o qual veio precisamente estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Já conforme o n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, diploma que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, “integram o Serviço

Nacional de Saúde todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente estabelecimentos hospitalares independentemente da sua designação, unidades locais de saúde e os centros de saúde e seus agrupamentos.”. No mesmo diploma, no seu artigo 26.º, n.º 6, encontra-se prevista a extinção progressiva das Sub-Regiões de Saúde, por diploma próprio e até 31 de Dezembro de 2007.

Nesta nova organização do Serviço Nacional de Saúde foram criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, os Agrupamentos de Centros de Saúde igualmente designados de ACES. Estes, têm como missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”. Para tal “os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”. No n.º 3 do artigo 3.º do diploma supra citado podemos ainda constatar que “os ACES desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases pré-graduada, pós-graduada e contínua”.

Os ACES para persecução das suas atribuições podem compreender diversas unidades funcionais entre as quais as Unidades de Saúde Familiares (USF), sendo estas o objecto de estudo do presente trabalho.

### **2.4.3 Os Centros de Saúde e os Cuidados de Saúde Primários**

Em Portugal, os cuidados de saúde primários são prestados à população através dos centros de saúde. Estes, como todo o restante sistema de saúde têm vindo a sofrer alterações, algumas significativas desde os designados centros de saúde de primeira geração, até aos actuais centros de saúde de terceira geração, nos quais se integram as Unidades de Saúde Familiares, objecto do presente estudo.

Para uma melhor compreensão do nosso objecto de estudo, há que recuar até 1971, ano da criação dos primeiros centros de saúde (primeira geração), os quais surgem por força da publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. Na altura os centros de saúde criados visavam essencialmente a prestação de cuidados de saúde a grávidas e crianças, saúde escolar, prevenção de doença infecto-contagiosas colocando a ênfase desta prevenção na vacinação. Integrados nestes centros de saúde de primeira geração estavam igualmente os Serviços Médico Sociais das Ex-Caixas de Previdência. São necessários doze anos para que este modelo evoluísse para aqueles que são agora considerados os centros de saúde de segunda geração. A sua criação oficial deve-se à publicação do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril. Estes centros de saúde vêm agregar os Serviços Médico Sociais da Caixa de Previdência bem como os Hospitais Concelhios. São também designados de centros de saúde integrados. Decorridos dezasseis anos da entrada em funcionamento dos centros de saúde de segunda geração, frutos das alterações

introduzidas na prestação dos cuidados de saúde assim como das novas exigências sobretudo técnicas e assistenciais, há necessidade de reformular a forma como são prestados os cuidados de saúde primários. Neste sentido é publicado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, o qual vem introduzir as alterações necessárias aos centros de saúde de forma a torná-los mais eficientes para a eficácia desejada nos serviços públicos. Estamos perante os centros de saúde de terceira geração.

“A implementação dos Centros de Saúde com autonomia administrativa e financeira (vulgarmente designados de terceira geração), providos de hierarquias técnicas e suportados por sistemas de informação e de apoio à decisão adequados, constitui a pedra basilar para a melhoria dos cuidados de saúde a todos os níveis (primário, secundário, terciário).

O desenvolvimento de hierarquias técnicas, nos centros de saúde, é imprescindível para garantir a qualidade técnica dos serviços a prestar e bem como para dinamizar os sistemas de melhoria contínua da qualidade...Os centros de saúde têm a responsabilidade de garantir todos os cuidados primários à população que lhe é atribuída. Para este efeito devem desenvolver actividades de:

- Promoção da saúde e Prevenção da doença;
- Prestação de cuidados na doença;
- Continuidade de cuidados sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços ou outras especialidades;
- Vigilância epidemiológica;
- Formação profissional;
- Investigação em cuidados de saúde;
- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Monitorização de actividades;
- Avaliação de resultados e ganhos em saúde (decorrentes da sua actividade). A sua intervenção tem um âmbito que, em termos práticos, podemos classificar como:
  - Comunitária e de base populacional;
  - Personalizada, com base na livre escolha dos utentes.

No âmbito comunitário compete ao centro de saúde assegurar o apoio domiciliário dos residentes na sua área geográfica incluindo os deslocados temporariamente. Para além disso, incluem-se todas as intervenções à população alvo, definida por critérios geográficos, como por exemplo, vacinação, gestão de riscos ambientais, etc.

A prestação de cuidados personalizados de saúde requer a posse do cartão de utente, a inscrição no centro de saúde e a anulação de qualquer outra inscrição, devendo o utente, por sua livre escolha, indicar o médico de família.

Cada das USF responsabiliza-se pela prestação de cuidados personalizados aos doentes inscritos nas listas dos seus médicos.”<sup>7</sup>

Também a designação de cuidados de saúde primários, tem vindo a sofrer algumas alterações, considerando-se actualmente como os cuidados centrados no indivíduo e nas suas necessidades, localizando-se o mais perto possível, do local de trabalho e da sua residência.

“ ... Pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, os cuidados de saúde primários estão a ser alvo da maior reforma de sempre, destacando-se dos seus aspectos principais a criação das chamadas unidades de saúde familiar (USF) - estruturas erguidas através de profissionais, que se disponibilizam voluntariamente para trabalhar em equipas auto -- organizadas (Entrevista com o Coordenador da Missão para Cuidados de Saúde Primários, Luís Pisco, à Medicina & Saúde, Junho de 2006).”<sup>8</sup>

Segundo Luís Pisco<sup>9</sup> a reorganização dos cuidados de saúde primários possui três campos, sendo o primeiro a escolha dos elementos da equipa, o segundo assenta no ponto em que todos os elementos dessa equipa são voluntários e o terceiro tem como base a auto-organização do grupo, “A solução para os Cuidados de Saúde Primários é regressar ao verdadeiro conceito de medicina de família. Avançar com um novo modelo de funcionamento: as Unidades de Saúde Familiar (USF), que assentam em equipas de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, voluntariamente constituídas, que funcionam de forma integrada, intersubstituindo-se nas ausências e tendo a seu cargo uma população mais vasta”. (Artigo de opinião do Ministro da Saúde, Correia de Campos, publicado no jornal Público a 27 de Março de 2007).<sup>10</sup>

#### **2.4.4 As Unidades de Saúde Familiares (USF)**

As Unidades de Saúde Familiares (USF), com já vimos integram os centros de saúde de terceira geração, são regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, o qual, no n.º 1 do artigo 3.º refere “as UFS são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde

---

<sup>7</sup> <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>

<sup>8</sup>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/uspverao.htm>

<sup>9</sup> Dr. Luís Pisco - Nasceu a 18 de Julho de 1956 no Porto, licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Desde 1991 delegado português para o grupo de trabalho europeu - A Garantia da Qualidade, foi Director do Instituto Nacional de Qualidade em Saúde, desde Abril de 2005 Coordenador da Unidade de Missão Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

<sup>10</sup>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/onteados/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/usfcuidadossaudeprimarios.hm>

individuais e familiares que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos: A, B e C”. o artigo 4º do mesmo diploma determina que “as USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos”. Podemos pois verificar que, com a criação das USF tende-se a aproximar os centros de saúde e as suas unidades prestadoras de cuidados com o preconizado para a área dos cuidados de saúde primários.

A organização e funcionamento das USF encontram-se igualmente regulamentados no seu diploma de criação, destacando-se que “...a organização e funcionamento da USF constam do seu regulamento interno...”, conforme n.º 1 do artigo 10.º. Assim cada USF deve ser organizada e funcionar de forma autónoma, visando oferecer cuidados de saúde ao utentes que vão de encontro às necessidades dos mesmos, em termos de horários e formas de funcionamento. Para tal, o regulamento interno de cada USF, depois de elaborado pelos responsáveis da mesma, é submetido ao centro de saúde onde a mesma se integra para ser apreciado. Deste regulamento e conforme plasmado no n.º 2 do artigo 10.º do diploma supra mencionado devem constar a visão, a missão e os valores da USF, sua estrutura orgânica e funcionamento, horário de funcionamento, as áreas de actuação dos diversos grupos que constituem a equipa, o método ou métodos de marcação de consultas e renovação de prescrições, a recepção, orientação e comunicação a estabelecer com o utente, o método de intersubstituição dos profissionais da USF, a forma como irá ser prestado o trabalho pelo profissionais que integram a USF, sua formação contínua, as interdições subsequentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da USF, e por último a carta da qualidade.

Como temos visto, cada USF existe para servir um público muito específico, devendo por isso adaptar-se a esse mesmo público alvo, no entanto existem princípios que se encontram consagrados na legislação, sendo estes comuns a todas as USF, conforme consta do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto:

- “a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objectivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;

d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;

e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;

f) Avaliação, que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção;

g) Gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.”

Podemos desta forma afirmar que a criação e implementação das UFS assenta numa reestruturação dos cuidados de saúde primários, visando sobretudo uma maior satisfação por parte dos utentes, tal como diz Pisco em entrevista dada a Médicos de Portugal<sup>11</sup> “...através do sistema de intersubstituição, nas USF existe sempre alguém que poderá assistir os utentes. Esta é a base do segredo para as USF poderem prestar uma maior continuidade de cuidados e com personalização. Até porque o processo clínico que contém todos os dados e histórico do utente está sempre disponível para consulta do médico que atende, bem como por parte de toda a equipa da USF.”

Para além da maior satisfação por parte do utente, a maior personalização dos cuidados, esta nova abordagem do atendimento visa igualmente racionalizar meios, quer humanos, quer materiais, sobretudo quando se trate de abordar e efectuar todo o historial clínico dos utentes. É assim que se pretende acrescentar valor ao serviço prestado pelas UFS, maior eficiência a par de uma maior eficácia.

---

<sup>11</sup> Médico de Portugal é um portal de saúde na internet, dedicado a utentes, médicos, instituições de saúde, solidariedade e toda a comunidade académica e científica na área da saúde em Portugal.

## 3 Estudo de caso

### 3.1 Satisfação dos utentes no novo modelo de Cuidados de Saúde Primários (USF)

O Serviço Nacional de Saúde, desde a sua criação tem sofrido alterações na organização dos serviços, procurando adaptar-se às novas necessidades dos utentes que o procuram mas sobretudo visando melhorar a sua eficiência e eficácia, racionalizando recursos. Estas alterações vão reflectir-se na prestação dos serviços afectando desta forma, positiva ou negativamente, a imagem que os utentes têm destas Instituições, consoante essas alterações contribuem para o aumento ou diminuição do seu grau de satisfação relativamente aos serviços prestados. Assim, parece-nos pertinente avaliar o grau de satisfação dos utentes deste novo modelo de serviços de Cuidados de Saúde Primários, de forma a determinar o quanto a sua introdução contribuiu para credibilizar ou não a sua imagem.

Actuando na área da prestação de serviços, produto resultante da desta prestação esgota-se no preciso momento em que o atendimento dos utentes termina, tendo-se iniciado com no momento da recepção destes na USF ou, recuando um pouco mais, no momento que foi solicitada a consulta. Trata-se pois de algo intangível, não podendo desta forma ser apresentado ou experimentado previamente pelo utente. Este, no entanto, antes mesmo da prestação do serviço, através de experiências anteriores, relatos ou imagens pré-concebidas, tem definido um determinado grau de satisfação face à qualidade apresentada na prestação desses serviços.

Este grau de satisfação pré-determinado, poderá ver-se confirmado, ser superado mas também diminuído face à qualidade apresentada pelo serviço. Esta qualidade, não existindo para os bens intangíveis outras forma de medição, é determinada através da qualidade percebida pelo utente / cliente, assim sendo, podemos afirmar que o grau de satisfação dos utentes varia na razão em que varia a percepção da qualidade do serviço prestado.

Sendo, como foi afirmado anteriormente, os serviços, contrariamente a outros bens, vendidos, produzidos e consumidos no mesmo exacto momento e no mesmo local, há que dedicar particular atenção quer aos recursos humanos da organização, com especial destaque para aqueles que constituem o front Office dessa organização, no nosso caso da USF, quer para o local onde estes bens, serviços, estão a ser prestados aos utentes.

É pois objectivo do presente estudo, avaliar a satisfação dos utentes da USF Portus Alacer, sabendo-se que esta satisfação resulta da qualidade percebida dos serviços prestados, tendo-se recorrido para tal a um instrumento já utilizado para o efeito, com vista a avaliar o grau de satisfação dos utentes das primeiras 146 USF criadas em Portugal.

### **3.1.1 Metodologia da pesquisa**

Sendo nossa intenção recorrer a um instrumento de pesquisa já utilizado anteriormente, e sendo nosso objectivo que os resultados agora obtidos, possam, caso assim o desejem, ser comparados pelos responsáveis desta USF e da Unidade Local onde esta se integra, com os obtidos no anterior estudo, encontrávamo-nos desta forma condicionados quanto à metodologia de estudos a utilizar, uma vez que, anteriormente, a opção foi por uma metodologia baseada na pesquisa descritiva. Assim sendo, optamos por utilizar a mesma metodologia.

#### **3.1.1.1 Apresentação do estudo**

O presente estudo visa determinar o grau de satisfação dos utentes da USF Portus Alacer, integrada no Centro de Saúde de Portalegre, um dos que compõem o ACES de São Mamede, o qual integra a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E..

##### **3.1.1.1.1 Descrição do objecto em estudo**

No presente caso, o objecto em estudo é a satisfação dos utentes da Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer.

##### **3.1.1.1.2 Objectivos**

O objectivo primeiro do presente trabalho, será avaliar a satisfação global dos utentes da USF Portus Alacer, integrada no Centro de Saúde de Portalegre. São igualmente objectivos específicos do mesmo, tendo sido estes definidos com base nos já anteriormente definidos para o instrumento a utilizar, Indicadores globais EUROPEP e áreas específicas. Para tal, pretendemos aferir a satisfação face aos seguintes indicadores:

Satisfação dos utentes face aos indicadores globais definidos para o questionário EUROPEP;

Satisfação dos utentes face relação e comunicação estabelecidas;

Satisfação dos utentes face aos cuidados médicos prestados, sua efectividade e precisão;

Satisfação dos utentes face à informação disponibilizada, sua qualidade e apoio recebido;

Satisfação dos utentes relativamente à cooperação existentes entre os diversos prestadores de cuidados de saúde e à continuidade dos cuidados prestados;

Satisfação dos utentes relativamente à organização dos serviços, facilidade de acesso e forma como esta poderá influenciar a imagem da USF;

Avaliar a oferta de outros serviços por parte desta USF, designadamente no que se refere a utilizadores com necessidades especiais, serviços ao domicílio e serviços de prevenção da doença;

Avaliar a influência na imagem da USF quanto à rapidez de atendimento, respeito demonstrado e liberdade de escolha;

Satisfação dos utentes relativamente aos recursos humanos, sua prestação e influência na imagem da USF;

Satisfação dos utentes relativamente às instalações e como as mesmas contribuem uma eficaz prestação dos serviços.

### **3.1.1.1.3 Hipótese**

No presente estudo é nossa intenção avaliar o grau de satisfação dos utentes da Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer, integrada no Centro de Saúde de Portalegre e a forma como esta poderá influenciar a imagem da mesma, tendo para tal sido definida a seguinte questão:

Poderá a imagem da USF Portus Alacer ser melhorada através dos índices de satisfação dos seus utentes?

Hipótese 1 - Acessibilidade - O tempo de espera, a distância, localização, formas de contacto e serviços domiciliários influenciam a imagem institucional da USF. Face aos resultados obtidos tentaremos apresentar soluções que visem colmatar deficiências percebidas.

Hipótese 2 - Informação - A informação disponibilizada, quer ao nível da prevenção da doença, quer no seu posterior tratamento, influenciam a forma como os utentes percebem o valor do serviço prestado. Procuraremos identificar possíveis constrangimentos ao nível dos canais de transmissão da informação, adaptando-os aos diversos públicos-alvo.

Hipótese 3 - Imagem Institucional (Instalações) - As instalações onde funcionam os serviços de atendimento da UFS são, a par da acessibilidade, a primeira imagem desta Unidade. Procuraremos perceber se os utentes identificam as instalações com a imagem da USF, quais os pontos fortes e fracos, de forma a que estes últimos possam ser trabalhados contribuindo para uma imagem institucional credível e sólida.

Hipótese 4 - Imagem Institucional (Recursos Humanos) - Os recursos humanos de uma instituição são o pilar da sua imagem institucional, a forma como se apresentam perante os seus utentes, a forma como comunicam com estes, o seu discurso, e a forma como abordam os problemas apresentados, contribuem para a criação e solidificação de uma imagem institucional credível, são igualmente responsáveis pela fidelidade dos seus utentes. Assim, abordaremos igualmente a imagem institucional criada pelos recursos humanos da USF enquanto canal privilegiado de comunicação com os utentes.

### **3.1.2 A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE**

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE foi criada por força do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro integrando os Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas, bem como os 16 Centros de Saúde que compunham a Sub-Região de Saúde de Portalegre. Esta Unidade Local cobre todo o distrito de Portalegre, proporcionando às populações desta área geográfica cuidados de saúde nas áreas hospitalares e dos cuidados de saúde primários. Nesta última integram-se os 16 Centros de Saúde que compõem a ULSNA, EPE.

O Centro de Saúde de Portalegre, à semelhança do que aconteceu com todos os outros, tem vindo a sofrer alterações na organização interna dos serviços, consequência das diversas alterações legislativas introduzidas com vista a uma maior eficácia na prestação de cuidados de saúde, mas igualmente buscando uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Nesta lógica, foi produzido o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, o qual vem criar para além de outras as Unidades de Saúde Familiares, com vista à prestação de cuidados de saúde individuais e familiares.

### **3.1.3 A Unidade de Saúde Familiar - Portus Alacer**

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Portus Alacer foi a primeira USF da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, (ULSNA) e do distrito de Portalegre. Iniciou funções dia 10 de Setembro de 2009, tendo como responsável a Dr<sup>a</sup> Dorinda Maria de Carvalho Gomes Calha, Chefe de Serviços de Medicina Geral e Familiar, contando à data desta investigação com dois anos de vida. É composta por uma equipa multidisciplinar de vinte e um elementos, dos quais seis pertencem ao grupo profissional médico, oito ao grupo profissional de enfermagem e sete elementos pertencem ao grupo profissional de assistentes técnicos, prestando estes serviço de

secretariado clínico, importa ressaltar que todos os elementos foram voluntariamente integrados na mesma.

Com cerca de 12000 utentes inscritos, a Portus Alacer presta serviços em nove extensões, que correspondem a sete freguesias. Os utentes encontram-se divididos pelos seis médicos, que prestam serviço nas respectivas extensões. Segundo resultados preliminares de 2011 que constam na página do Instituto Nacional de Estatística (INE) Portalegre conta com uma população residente de 24.973 habitantes sendo que a Portus Alacer presta cuidados de saúde primários a cerca de metade dos residentes deste concelho.

Os seis elementos do grupo clínico que compõem a USF Portus Alacer prestam serviço nas seguintes freguesias: Alegrete, Carreiras, Reguengo, Ribeira de Nisa, S.Julião, e Urra. Além destas freguesias, prestam também cuidados de saúde primários na extensão do Atalaião e Assentos, ambas pertencentes à freguesia da Sé, e extensão de Caia, pertencendo esta à freguesia da Urra.



Figura 10 - Área geográfica coberta pela USF Portus Alacer  
Fonte: <http://www.cm-portalegre.pt/page.php?topic=6>

### 3.2 O Instrumento

Tendo como objectivo melhorar a imagem de uma Instituição com base no modelo descrito anteriormente, imagem / qualidade percebida total, há que determinar o nível de qualidade

percebida, e efectuar a respectiva análise SWOT dessa qualidade. Pontos fortes, pontos fracos, ameaças e sobretudo as oportunidades de melhoria. Assim, havia que determinar qual o instrumento que permitisse medir a qualidade percebida.

O Centre for Quality of Care Reserarch, desenvolveu através da sua equipa “*Equip*”, um questionário, destinado a aplicação na Europa com o objectivo de determinar a avaliação dos pacientes quanto à qualidade dos cuidados prestados nos cuidados de saúde primários, medindo a avaliação dos utentes em diversos aspectos da prestação de cuidados de saúde. Este instrumento, foi já utilizado em inúmeros países, sendo que em alguns destes numa escala bastante ampla.

Este instrumento, foi desenvolvido por diversos investigadores e médicos de Medicina Geral entre os anos de 1995 e 1998. Inicialmente foi desenvolvido como um instrumento de avaliação dos utentes, utilizando rigorosos métodos de validação. Concebido para fins educacionais em práticas de cuidados de saúde, mas igualmente permitindo avaliações nacionais e comparações internacionais, esteve na base de uma série de estudos, incluindo um estudo internacional visando as prioridades dos utentes bem como estudos visando desenvolver versões protótipo do questionário. O instrumento encontra-se vocacionado para a avaliação de aspectos específicos da prestação de cuidados de saúde primários, incluindo prioridades dos utentes, desejos, experiências, satisfação, entre outras. Desde a sua criação, este instrumento tem vindo a ser utilizado em inúmeros locais, regiões e projectos nacionais.

Em Portugal, este questionário foi já utilizado para monitorizar da satisfação dos utentes das primeiras 146 USF criadas no Serviço Nacional de Saúde. Esta avaliação foi, na altura encomendada ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Assim, para utilização na presente dissertação do questionário EUROPEP, anexo 2, na avaliação da satisfação dos utentes da USF Portus Alacer, houve necessidade de solicitar autorização ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, o qual, através de mail, concedeu a necessária autorização, anexo 1.

Este instrumento encontra-se dividido em três grandes grupos, sendo estes: Indicadores-chave EUROPEP, áreas específica e satisfação global. Estes por sua vez são compostos por pequenos subgrupos, cada um direccionado a uma área específica da actuação da USF. Embora o presente trabalho vise essencialmente o subgrupo Relação e comunicação o qual se insere no grupo de indicadores-chave, os serviços prestados pela USF assim como a sua imagem, tem, na nossa opinião que ser tratado como um todo, pelo que, qualquer contributo para a melhoria dos restantes itens, resulte, em última instância, numa melhoria do primeiro.

### 3.3 Metodologia utilizada no estudo

Os resultados aqui apresentados, reflectem as respostas dos inquiridos no período de 29/06/2011 a 24/08/2011, todos eles utentes da USF Portus Alacer.

Uma vez que este mesmo instrumento havia já sido aplicado em estudos prévios no nosso país, com resultados validados, não se viu necessidade de proceder a qualquer pré teste, nem revisão do instrumento. Pretendia-mos também, posteriormente, efectuar algumas comparações com resultados obtidos anteriormente, pelo que o instrumento, para que estas comparações pudessem ser válidas teria que ser mantido inalterado no seu conteúdo. Foi contido verificada a consistência interna do instrumento, tendo para tal, sido utilizado o teste Alpha de Cronbach. Sabendo-se que a consistência interna do instrumento é tanto maior quanto mais próximo de 1 for o valor encontrado, obtivemos para o nosso instrumento um valor de 0,811, conforme output de SPSS anexo 3, indicativo de uma boa consistência interna para aplicação à população alvo.

A USF Portus Alacer, conta em 24-06-2011, segundo dados obtidos junto do responsável administrativo desta USF, com uma lista de 11.541 inscritos. Pretendendo-se neste estudo uma amostra de, pelo menos 5% destes, a nossa amostra seria de n=577, tendo sido impressos 620 questionários. Para que estes não fossem entregues aos utentes por qualquer elemento pertencente à USF, foi solicitada autorização ao Ex. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, para que a mestranda pudesse, durante o horário das consultas dos diversos médicos e nas diversas extensões de saúde, abordar os utentes e entregar-lhes pessoalmente o instrumento de recolha de dados, sendo este posteriormente recolhido igualmente pela mestranda, no período acima indicado.

Dos 620 questionários distribuídos aos utentes foram recolhidos 562 e considerados úteis para posterior tratamento 515, representando a amostra 4,46% dos Utentes desta USF.

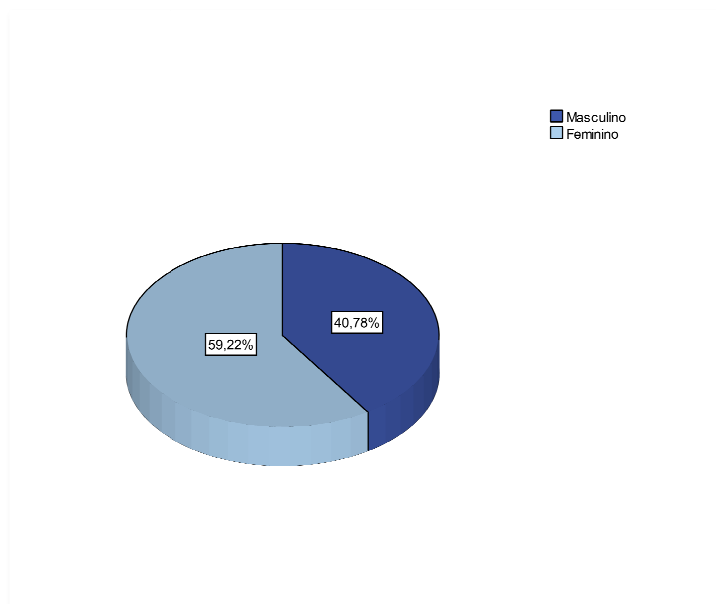
### 3.4 Amostra

Quanto ao sexo, a nossa amostra é composta por 210 indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 40,8% da amostra e 305 indivíduos do sexo feminino, representativos de 59,2% da nossa amostra, conforme podemos observar na tabela 1 e gráfico 1.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
--	-----------	---------	---------------	------------

Valid	Masculino	210	40,8	40,8	40,8
	Feminino	305	59,2	59,2	100,0
	Total	515	100,0	100,0	

**Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo**



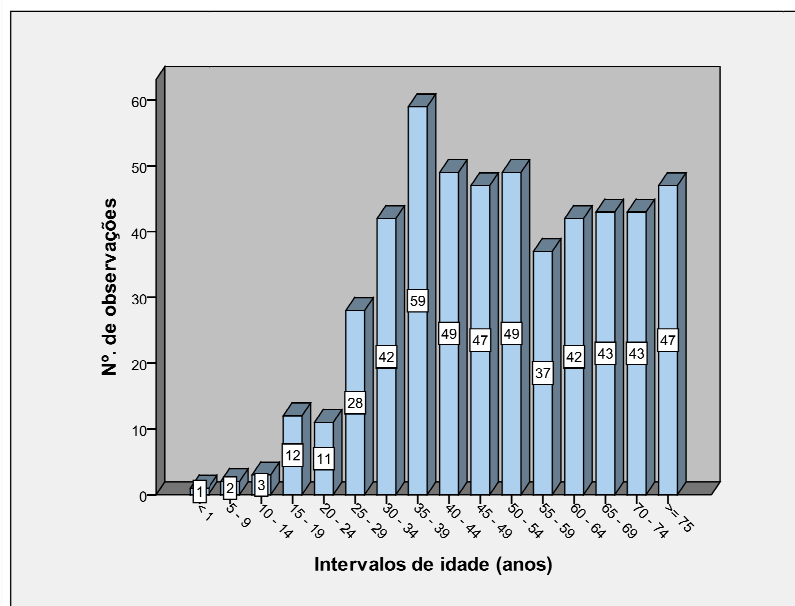
**Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo**

Conforme se apresenta na tabela 2 gráfico 2, na distribuição por faixas etárias observamos 1 utente com idade inferior a 1 ano de idade, representando 0,2%, 2 com idade compreendida entre 5 e 9 anos, representativos de 0,4%, 3 com idade entre 10 e 14 anos, 0,6%, 12 entre os 15 e os 19 anos correspondendo a 2,3% da amostra, entre os 20 e os 24 anos obtivemos 11 respostas, representativas de 2,1% da amostra, entre os 25 e os 29 anos contamos 28 observações, correspondentes a 5,4% da amostra, utentes com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, representam 8,2% com 42 observações, já a faixa etária entre os 35 e os 39 anos representa 11,5% da amostra contando 59 observações, a faixa etária compreendida entre os 40 e os 44 anos representa 9,5% da amostra contando com 49 observações, com 47 observações, temos a faixa etária entre os 45 e os 49 anos, representando 9,1% da amostra, com 49 observações representando 9,5 da amostra temos a faixa etária compreendida entre os 50 e os 54 anos, entre os 55 e 59 anos obtivemos 37 observações representativas de 7,2% da amostra, na faixa etária entre 60 e 64 anos obtivemos 42 observações correspondentes a 8,2%, representativas de 8,3% da amostra temos duas faixas etárias, respectivamente a dos 65 aos 69 anos e dos 70 aos 74 anos, ambas com 42 observações, por último, a faixa etária de utentes com 70 ou mais anos de idade

representa 9,1% da amostra contando 47 observações. Refira-se ainda que, relativamente aos utentes com menos de 16 anos de idade os questionários foram entregues aos respectivos acompanhantes, os quais no caso do presente estudo eram sempre um dos pais.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1	1	,2	,2	,2
5 - 9	2	,4	,4	,6
10 - 14	3	,6	,6	1,2
15 - 19	12	2,3	2,3	3,5
20 - 24	11	2,1	2,1	5,6
25 - 29	28	5,4	5,4	11,1
30 - 34	42	8,2	8,2	19,2
35 - 39	59	11,5	11,5	30,7
40 - 44	49	9,5	9,5	40,2
45 - 49	47	9,1	9,1	49,3
50 - 54	49	9,5	9,5	58,8
55 - 59	37	7,2	7,2	66,0
60 - 64	42	8,2	8,2	74,2
65 - 69	43	8,3	8,3	82,5
70 - 74	43	8,3	8,3	90,9
>= 75	47	9,1	9,1	100,0
Total	515	100,0	100,0	

**Tabela 2 - Distribuição da amostra por faixas etárias**

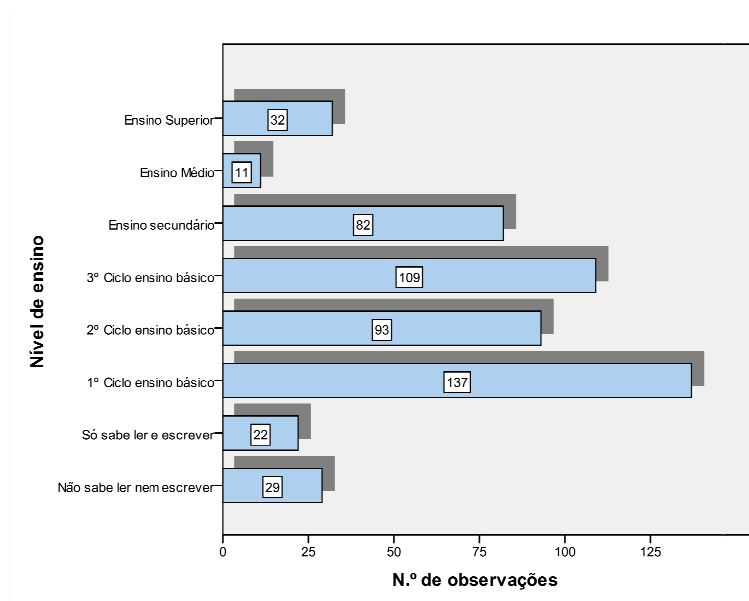


**Gráfico 2 - Distribuição da amostra por faixa etária**

Na distribuição segundo o nível de escolaridade, obtivemos 29 utentes que não sabem ler nem escrever, representativos de 5,6% da nossa amostra, só sabendo ler e escrever foram registadas 22 observações, correspondendo a 4,3%, com o 1º ciclo do ensino básico, registamos 137 observações, representativas de 26,6% da amostra, contando como habilitações literárias com o 2º ciclo do ensino básico obtivemos 93 observações correspondendo a 18,1% da amostra, foram observados 109 caso cujo nível de habilitação é o 3º ciclo do ensino básico, representativos de 21,2% da amostra, já com o ensino secundário o número de observações foi de 82, representado 15,9%, detentores de curso médio contamos 11 observações as quais correspondem a 2,1% da amostra e 6,2% da nossa amostra são detentores do grau de licenciatura, representado 6,2% da mesma conforme se pode observar na tabela e gráfico 3.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid Não sabe ler nem escrever	29	5,6	5,6	5,6
Só sabe ler e escrever	22	4,3	4,3	9,9
1º Ciclo ensino básico	137	26,6	26,6	36,5
2º Ciclo ensino básico	93	18,1	18,1	54,6
3º Ciclo ensino básico	109	21,2	21,2	75,7
Ensino secundário	82	15,9	15,9	91,7
Ensino Médio	11	2,1	2,1	93,8
Ensino Superior	32	6,2	6,2	100,0
Total	515	100,0	100,0	

**Tabela 3 - Distribuição segundo o nível de escolaridade**

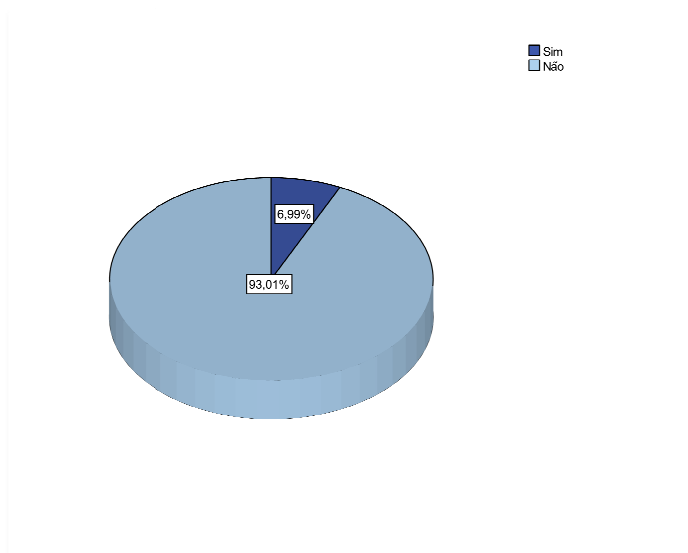


**Gráfico 3 - Distribuição por nível de escolaridade**

Referindo-nos ao nível de utilização desta USF, verificamos que nos últimos 6 meses, dos utentes representativos da amostra, 479 já haviam recorrido pelo menos uma vez à USF, representado 93%, enquanto que para 7%, ou seja, 36, esta foi a primeira consulta nestes últimos 6 meses. Os resultados encontram-se espelhados na tabela e gráfico 4.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	36	7,0	7,0	7,0
	Não	479	93,0	93,0	100,0
	Total	515	100,0	100,0	

**Tabela 4 - Utilização - Primeira consulta nos últimos 6 meses**

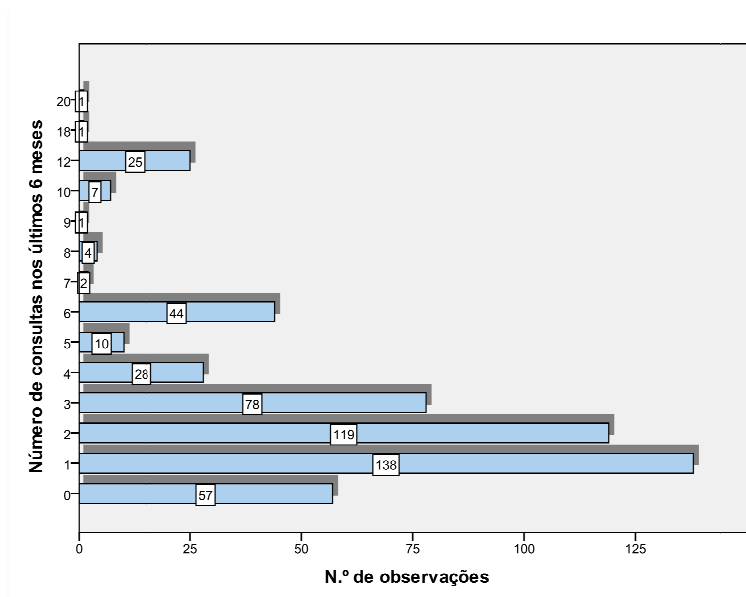


**Gráfico 4 - Utilização - Primeira consulta nos últimos 6 meses**

Ainda quanto à utilização desta USF, refira-se que, nos últimos 6 meses, e relativamente aos sujeitos que compõem a nossa amostra foram efectuadas na totalidade 1.499 consultas. Destas, 57 foram primeiras consultas, representando percentualmente um peso de 11,1%, 138 já haviam recorrido uma vez à USF, representado 26,8%, com duas consultas efectuadas previamente observamos 119 sujeitos, representativos de 23,1% da amostra, 15,1% da amostra, 78 observações é composta por utentes que já haviam recorrido nos últimos 6 meses à USF 3 vezes, com um número de 4 consultas anteriores neste período observamos 28 utentes, representando 5,4% da amostra, 1,9% dos utentes, 10 observações, haviam já efectuado 5 consultas anteriores, com 6 ou mais consultas nos últimos 6 meses obtivemos 85 observações, correspondendo a 16,6% da amostra, conforme apresentado na tabela e gráfico 5.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid 0	57	11,1	11,1	11,1
1	138	26,8	26,8	37,9
2	119	23,1	23,1	61,0
3	78	15,1	15,1	76,1
4	28	5,4	5,4	81,6
5	10	1,9	1,9	83,5
6	44	8,5	8,5	92,0
7	2	,4	,4	92,4
8	4	,8	,8	93,2
9	1	,2	,2	93,4
10	7	1,4	1,4	94,8
12	25	4,9	4,9	99,6
18	1	,2	,2	99,8
20	1	,2	,2	100,0
Total	515	100,0	100,0	

**Tabela 5 - Distribuição segundo o número de consultas nos últimos 6 meses**



**Gráfico 5 - Distribuição segundo o número de consultas nos últimos 6 meses**

A média de consultas por utentes situa-se nas 2,91, tendo-se obtido como valor máximo 0 consultas anteriores nos últimos 6 meses e número máximo 20. O desvio padrão situa-se nos 3,022 conforme apresentado na tabela 6.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Quantas mais vezes foi a	515	0	20	1499	2,91	3,022
Valid N (listwise)	515					

**Tabela 6 - Estatística descritiva do número de consultas nos últimos 6 meses**

## 4 Apresentação e discussão de Resultados

### 4.1 Indicadores-chave EUROPEP

Este primeiro grupo do questionário encontra-se vocacionado para a obtenção de resultados que vertam directamente da relação profissionais/utentes, comunicação estabelecida, atendimento, informações adicionais, acompanhamento pós atendimento e organização dos serviços. Resulta assim que o grau de satisfação do utente avaliado neste grupo incide directamente sobre o serviço, logo, sobre a qualidade percebida pelo utente relativamente a este. Para tal, o grupo de Indicadores-chave EUROPEP, inclui os seguintes sub-grupos: Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação e Organização dos serviços, contribuindo para os resultados deste grupo 7 das questões do instrumento de recolha de dados.

Numa análise global deste grupo podemos afirmar que os utentes deste USF se encontram satisfeitos uma vez que 76,3% destes responderam às questões colocadas referentes aos indicadores-chave como estando Muito satisfeitos ou Bastante satisfeitos, conforme gráfico 6.

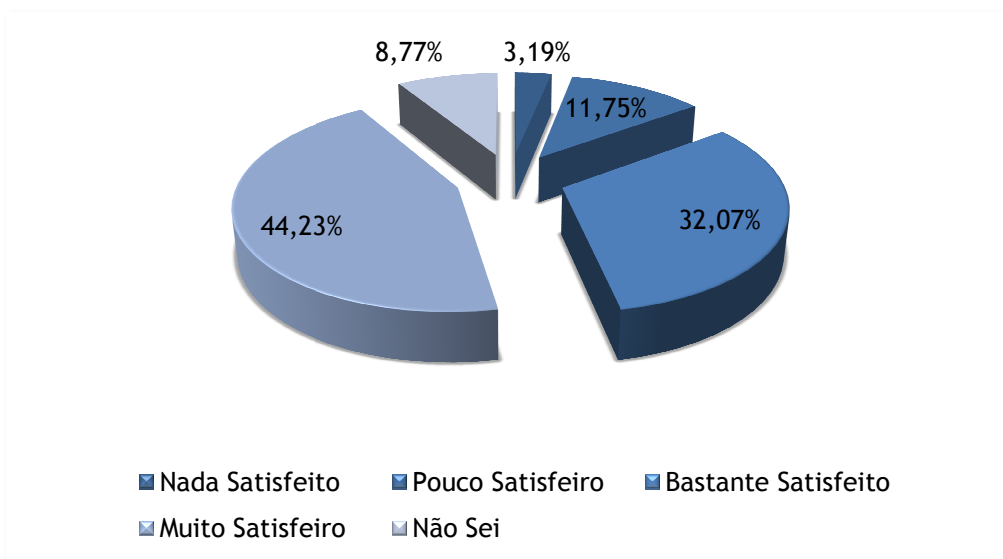


Gráfico 6 - Apreciação global dos Indicadores-chave EUROPEP

Há no entanto que procurar identificar e alterar as situações sobre as quais os utentes demonstraram insatisfação. Desagregando a apreciação global destes indicadores-chave nos seus cinco subgrupos mencionados anteriormente podemos observar sobre qual ou quais destes é revelado menor grau de satisfação. Verifica-se conforme se representa no gráfico 7 que os grupo

que maior insatisfação geram são os referentes à Organização dos serviços e à Relação e comunicação respectivamente com 7,18% e 4,83% de inquiridos que mostram pouco satisfeitos.

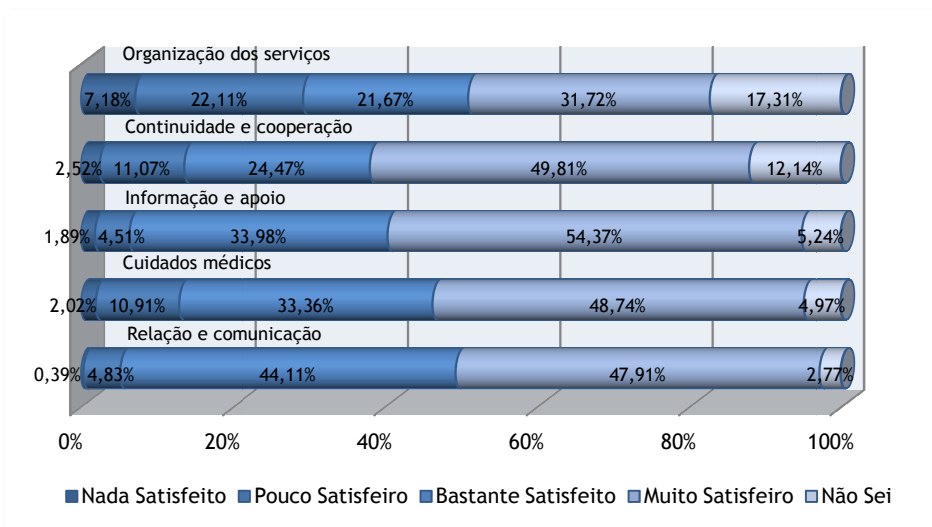


Gráfico 7 - Resultados dos indicadores-chave EUROPEP por áreas de actuação

#### 4.1.1 Relação e comunicação

Este é um dos grupos dos Indicadores-chave EUROPEP onde foi identificado um maior número de casos de insatisfação, resultando este de quatro indicadores distintos: Confidencialidade do processo; Envolvimento dos doentes; Humanidade e Tempo para cuidar, observamos que o único que apresenta resultados satisfatórios é o referente à confidencialidade do processo. Todos os restantes apresentam índices de insatisfação entre 5,63% e os 6,21%. Estes resultado podem ser observados no gráfico 8.

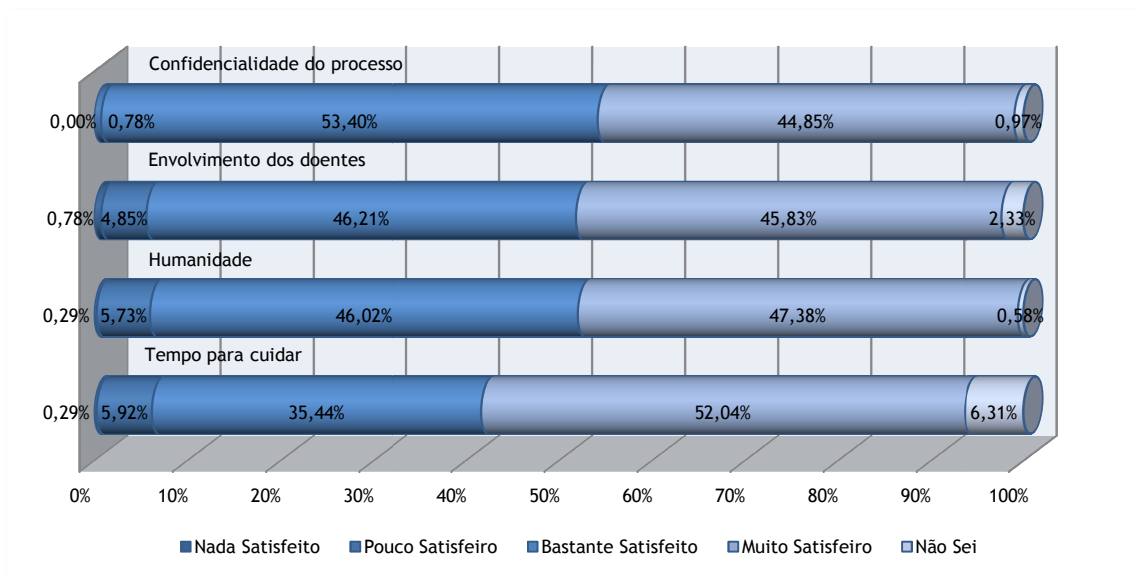


Gráfico 8 - Relação e comunicação

#### 4.1.1.1 Tempo para cuidar

Este item de avaliação resulta de duas questões directamente relacionadas com o tempo dispensado aos utentes pelos profissionais integrados no grupo médico e de enfermagem, revelando que na questão “Tempo em que esteve com o seu médico durante as consultas” são os indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 49 anos, tendo como habilitações o 1.º e o 3.º ciclo do ensino básico, aqueles que apresentam maior nível de insatisfação, não sendo substancial a diferença apresentada entre indivíduos do sexo masculino e feminino conforme se verifica da análise das tabelas no anexo 4.

Na outra questão que contribui para a apreciação deste grupo, “Tempo dedicado a si pelo pessoal de enfermagem” podemos verificar que o grau de insatisfação é relativamente baixo, pelo que nesta área há que trabalhar junto dos profissionais médicos, procurando alterar comportamentos de forma a, não prolongando demasiado o tempo de consulta destinado a cada utente, tornar a comunicação mais eficaz, procurando feedback do utente, designadamente quanto ao conteúdo assimilado da globalidade da mensagem. Poderá não se tratar efectivamente de uma questão de tempo mas sim de gestão da qualidade da informação associada ao tipo de linguagem utilizado bem como à forma como esta lhe é transmitida.

#### 4.1.1.2 Humanidade

Similarmente ao item anterior, também a avaliação deste tem como referência os resultados obtido em duas questões distintas: “ A forma como os profissionais se interessaram pelos seus problemas de saúde” e “A facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas

ao médico”. Mais uma vez, são os indivíduos cuja a habilitação literária é o 1.º e 3.º. Ciclos do ensino básico, na faixa etária dos 60 aos 65 anos e com 70 anos ou mais aqueles que, relativamente à primeira questão referenciada apresentam menor grau de satisfação. Nesta questão, pode também constatar-se que são as mulheres as menos satisfeitas, conforme tabelas apresentadas no anexo 5.

Quanto à segunda questão deste item, embora a mesma não prejudique substancialmente o grau de satisfação dos utentes, refira-se que são os indivíduos habilitados com o 1.º ciclo do ensino básico aqueles que revelam maior dificuldade no contacto com médico para exporem problemas de saúde.

#### **4.1.1.3 Envolvimento dos doentes**

Este item é composto também ele por duas questões: “A forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados que o seu médico lhe prestou” e “ A forma como o seu médico o(a) ouviu”. Relativamente à primeira questão são os indivíduos habilitados com o ensino secundário, seguidos dos habilitados com o 1.º e 3.º ciclos do ensino básico os que revelam maior grau de insatisfação, sendo sobretudo as mulheres aquelas que mais contribuem para a menor satisfação. Esta situação, poderá advir da dificuldade, face ao baixo grau de habilitações, que os profissionais médicos encontram em informar de forma perceptível para o receptor, quais as diferentes opções de tratamento face à patologia apresentada, assim como, durante algumas intervenções de observação, informar o exacto procedimento a que vão sujeitar o utente assim como a finalidade do mesmo.

A segunda questão deste item, não apresenta resultados significativos que possam contribuir para a insatisfação sentida, no entanto, face ao crescente número de clínicos estrangeiros a exercer em Portugal e face ao crescente aumento da idade média da população, no médio e longo prazo há que dedicar alguma atenção a esta questão, para que, os resultados agora obtidos se mantenham ou, eventualmente possam melhorar com a introdução de técnicas de comunicação capazes de colmatar eventuais lacunas existentes.

#### **4.1.2 Continuidade e cooperação**

Tendo sido referenciado antes como um grupo onde o grau de insatisfação dos utentes apresenta valores um pouco elevados, há que, tal como foi efectuado para o grupo anterior, identificar a origem dessa insatisfação bem como as causas prováveis da mesma, para se proceder às necessárias alterações de procedimentos, visando a correcção das deficiências identificadas.

O grupo agora em análise é composto por dois itens, sendo o primeiro referente à cooperação entre os diversos prestadores de cuidados de saúde, designadamente, prestadores ao nível dos

cuidados de saúde primários e prestadores de cuidados de saúde hospitalares ou especialistas em determinadas áreas médicas e, um segundo item dedicado à continuidade dos cuidados de saúde prestados, ou seja, a informação disponível e acessibilidade da mesma por parte dos clínicos, para uma mais eficiente assistência aos utentes.

Embora no item referente à cooperação entre os diversos prestadores se tenham obtido resultados relativos à insatisfação já com algum significado, é sobretudo no item referente continuidade dos cuidados, como se observa no gráfico 9, que estes resultados se revelam mais preocupantes para a imagem da USF uma vez que, poderá originar nos utentes desta USF uma sensação de abandono por esquecimento pós consulta, resultando no aumento injustificado da procura de consultas subsequentes, bem como a sua regularidade com uma diminuição do intervalo entre as mesmas. De referir também a percentagem de inquiridos que neste item referem desconhecer, apontando como resposta a opção “Não sei”, esta vertente do atendimento, reveladora do facto de, durante a consulta, muitas vezes o médico não incluir referências a visitas anteriores, ou ainda, quando se revele pertinente, indagar sobre o resultado de terapêuticas prescritas em consultas anteriores.

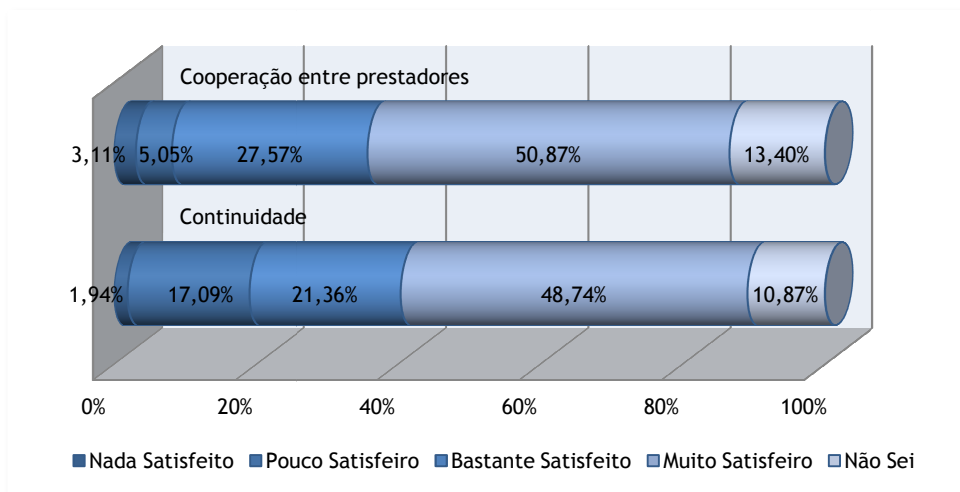


Gráfico 9 - Continuidade e cooperação

#### 4.1.2.1 Cooperação entre prestadores

A preparação, por parte do médico de família, do que esperar relativamente a cuidados prestados por especialistas ou por cuidados hospitalares, revela, segundo este estudo algumas lacunas, mais acentuadas nas mulheres, são sobretudo estes, conforme se verifica na tabela inserida no anexo 6, que maior descontentamento revelam acerca da pouca informação recebida pelo seu médico de família. Quanto às habilitações literárias, voltamos a verificar que é nos

grupo de indivíduos habilitados com 1.º e 3.º ciclos do ensino básico que esta falta de informação tem maior relevância. Mais uma vez, procuramos alertar aqui para o facto de ser precisamente a este grupo de utentes que será necessário dispensar uma maior atenção na disponibilização da informação, desde logo porque, em regra são indivíduos que na sua generalidade se encontram activos profissionalmente, havendo necessidade de compreenderem previamente eventuais limitações em consequência de terapias aplicadas. Também, por norma quando a informação não lhe é disponibilizada pelo médico de família, procura essa informação sobretudo através de outros utentes, colegas, amigos, conhecidos, familiares e informação disponibilizada na internet. Ora, se bem que alguma dessa informação possa eventualmente ser-lhes útil, na generalidade, a mesma não se encontra devidamente filtra sendo igualmente difícil para estes utentes perceberem exactamente qual a informação útil no seu caso concreto.

#### **4.1.2.2 Continuidade**

Nesta questão, verificamos o grau de insatisfação é proporcional ao número de consultas nos últimos seis meses, ou seja, aqueles utentes que menos satisfação demonstram relativamente ao conhecimento que o médico tem sobre consultas anteriores são precisamente aqueles que afirmam que no período em referência nunca se deslocaram a qualquer consulta ou apenas a uma ou duas. Se por um lado é compreensível esta situação, também há que alertar para o facto de os médicos de família terem ao seu dispor permanentemente o processo clínico dos utentes inscritos nesta USF, pelo que, parece-nos, com vista à obtenção de melhores resultados no futuro, poderiam os médicos, antes das consultas programadas, rever os processos clínicos destes utentes.

#### **4.1.3 Informação e apoio**

Este é um grupo de questões vocacionado não para a prestação directa do serviço de atendimento, mas sim para serviços complementares prestados no âmbito da assistência médica em Cuidados de Saúde Primários, abrangendo o aconselhamento no âmbito da doença assim como da prevenção desta, uma das áreas de actuação deste tipo de cuidados de saúde. Da análise dos resultados obtidos neste grupo, verificamos que é no item “Tipo de informação” que foram obtidos os piores resultados conforme gráfico 10.

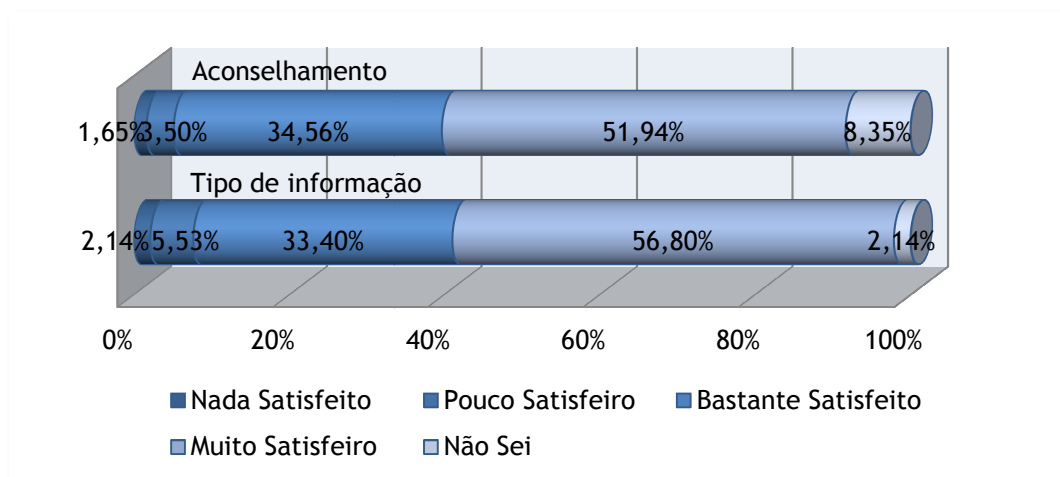


Gráfico 10 - Informação e apoio

#### 4.1.3.1 Tipo de Informação

Neste item são analisadas duas questões directamente vocacionadas para o aconselhamento na doença: “Explicação dos objectivos dos exames e tratamentos prescritos” e “Informação sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença”, ora, é precisamente nestas duas questões colocadas neste item que maior insatisfação é revelada pelos utentes desta USF.

Sendo os resultados similares, relativamente a ambas as questões quanto ao grau de insatisfação, denota-se uma pequena tendência para que esta se revele maior na questão que visa os objectivos dos exames e tratamentos prescritos. Também, nesta pergunta e conforme tabela apresentada no anexo 7, verifica-se pela primeira vez a existência de indivíduos titulares do grau de licenciatura a demonstrarem alguma insatisfação. Não sendo objectivo do presente estudo a discussão do consentimento informado, no que respeita aos tratamentos e exames prescritos pelos clínicos, o envolvimento dos utentes neste tipo de decisão, quando tal de revele adequado e possível não deverá ser visto como uma perda de autonomia por parte de quem prescreve, antes como um acordo de compromisso entre ambos, situação que certamente trará benefícios para os utentes e para a USF em termos de imagem enquanto serviço dialogante, aberto ao público e, neste caso aos interessados directos. Na questão que visa informação aos utentes sobre os sintomas e a doença, constatamos mais uma vez que são os indivíduos de menores habilitações, aqueles que apresentam um menor grau de satisfação. No instrumento utilizado, não é possível de forma alguma, verificar se essa informação efectivamente não existe ou se a mesma é transmitida, não sendo no entanto a mensagem completamente decodificada pelo receptor, no nosso caso o utente, fiando este assim com a sensação que a mesma informação não foi passada. De qualquer forma, mais uma vez, há que alertar os profissionais para a adaptação da linguagem ao seu público alvo que no caso em estudo são os utentes.

#### 4.1.3.2 Aconselhamento

Visando este item essencialmente conselhos percebidos pelos utentes no âmbito da prevenção da doença, tais como a importância de seguir os conselhos preconizados pelos médicos de família, e resolução de problemas emocionais que possam afectar o seu estado de saúde, observamos que a insatisfação quando sentida é transversal a todos os utentes independentemente do seu de habilitações, sexo ou idade. Embora esta USF disponha de informação nesta área, a mesma em regra é disponibilizada através de panfletos informativos, distribuídos por diversos locais acessíveis ao público. Parece-nos que seria mais eficaz ser feita uma pequena abordagem ao tema por parte do clínico durante a consulta, não obstante que fosse igualmente informado o utente da possibilidade de obter informação adicional através desses mesmos panfletos informativos, no entanto existiria já alguma referência sobre o tipo de informação precisa relativamente a Daca caso em particular. Esta situação contribuiria para uma maior personalização dos cuidados e serviços prestados pela USF.

#### 4.1.4 Cuidados médicos

Encontrando-se dividido em duas áreas, este item procura avaliar por um lado a competência e precisão e por outro a efectividade dos cuidados médicos prestados, tendo sido colocadas para tal, duas questões para avaliar os resultados referentes à primeira área e três questões para avaliação da segunda. Embora os resultados obtidos na área da competência e precisão já revelem alguma insatisfação é na área da efectividade que os resultados obtidos não reflectem de forma alguma a imagem que se pretende transmitir desta USF, conforme se observa no gráfico 000.

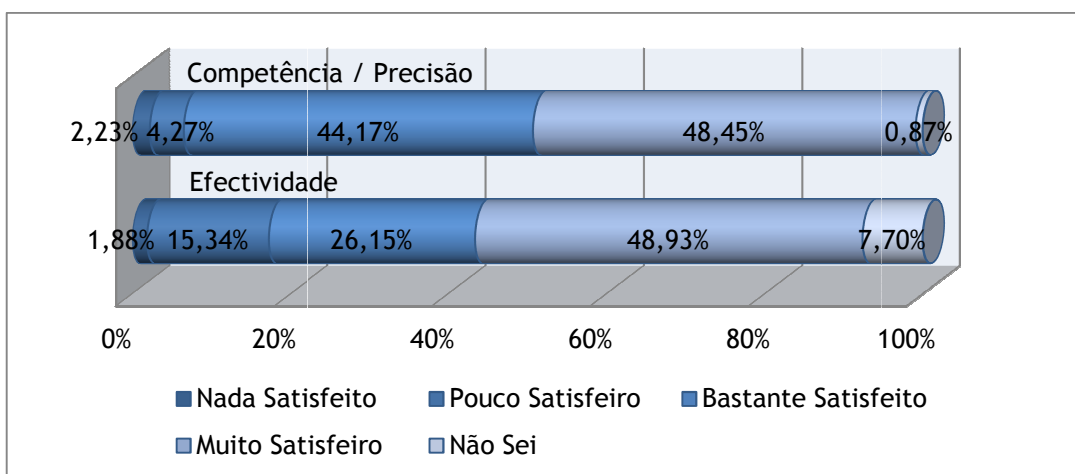


Gráfico 11 - Cuidados médicos

#### **4.1.4.1 Competência e precisão**

Traduzindo os resultados obtidos em duas questões relativas à atenção dispensada pelo médico e ao exame efectuado pelo mesmo, verificamos pelos dados apresentados nos anexos 8 e 9 que é relativamente ao exame efectuado pelo médico que o nível de insatisfação revela resultados mais preocupantes com utentes a sentirem-se nada ou pouco satisfeitos, sendo esta insatisfação praticamente transversal a todos os grupos quando analisados por habilitação literária, sexo ou idade. Dado tratar-se de uma área demasiado técnica para se poder tentar analisar o porquê de um exame que transmite insatisfação aos utentes, podemos actuar directamente sobre estes, no sentido de ver os seus comportamentos ao nível da análise alterados, fazendo-os compreender que não é o tempo do exame nem tão pouco o número de questões colocadas pelo clínico que importa para esta análise, antes a eficácia e eficiência do mesmo.

#### **4.1.4.2 Efectividade**

Quando são colocadas questões que visam determinar a satisfação relativamente à rapidez das melhoras sentidas após a consulta e início do tratamento, ajuda recebida para desempenhar tarefas diárias e serviços de prevenção de doença, sabemos à partida que será um conjunto de questões onde os resultados obtidos serão certamente menos positivos. Conforme podemos constatar na análise dos anexos 10, 11 e 12, é relativamente ao tempo de alívio de sintomas e ajuda recebida que os resultados revelam índices de insatisfação mais elevados, verificando-se particular incidência de insatisfeitos nos utentes que afirmam nos últimos seis meses terem efectuado entre 2 e 3 consultas na USF. Parece-nos pois que a solução deste problema poderá passar pela expectativa que o utente cria relativamente à resolução rápida dos problemas sentidos e conseqüente alívio dos sintomas. A disponibilização de informação com técnicas para ultrapassar determinadas dificuldades sentidas aliada a informação sobre tempos médios de recuperação de algumas patologias parece-nos iria resultar na melhoria significativa da satisfação dos utentes face às questões aqui colocadas.

#### **4.1.5 Organização dos serviços**

Item verdadeiramente problemático quando analisados os resultados, os quais podem ser observados no gráfico 12, são aqui visados temas como o apoio geral e a acessibilidade e espera. Relativamente ao apoio geral, a questão que maior insatisfação registou refere-se à organização geral dos serviços oferecidos por esta USF, com uma distribuição de respostas de nada ou pouco satisfeito homogénea por idades, sexo número de consultas efectuadas nos últimos seis meses e grau de habilitações literárias.

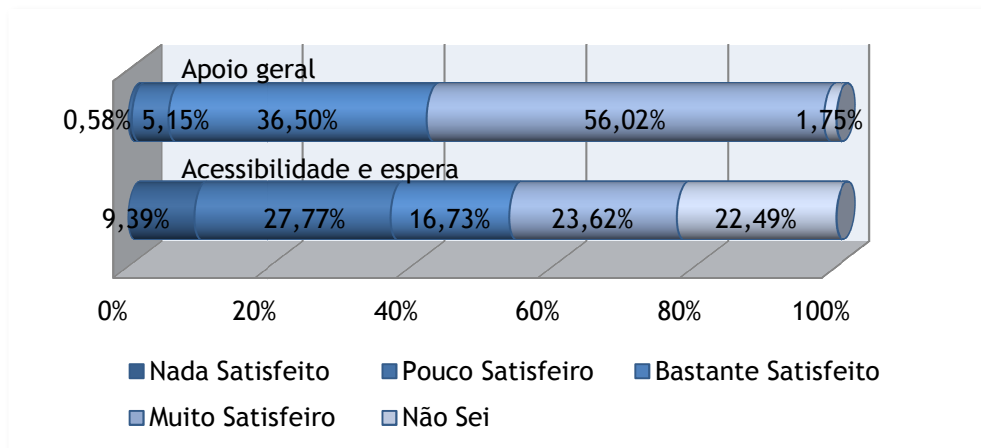


Gráfico 12 - Organização dos serviços

#### 4.1.5.1 Acessibilidade

Visando determinar a acessibilidade pelos diversos meios actualmente ao dispor das organizações, designadamente telefone e internet, procura-se igualmente determinar a disponibilidade de horários da USF relativamente à dos seus utentes. Pareceu-nos, pelos resultados obtidos neste grupo pertinente efectuar uma análise casuística de cada questão colocada, visando determinar possíveis causas bem como apontar algumas acções correctivas que na nossa opinião possam beneficiar o desempenho da USF.

A facilidade em marcar uma consulta que sirva aos utentes desta USF, sem que estes tenham que alterar compromissos pessoais e sobretudo profissionais é o primeiro constrangimento sentido, visto que, conforme resultados apresentados no anexo 13, 46,2% dos utentes se revela pouco ou nada satisfeito, revelando particular incidência nos indivíduos entre os 30 e os 59 anos de idade, ou seja, nos indivíduos activos profissionalmente. Parece-nos que com vista à correcção desta deficiência deveria esta USF, tendo em consideração a área geográfica que cobre, com extensões de saúde que distam 20 Km da sede, numa região com fraca cobertura ao nível dos transportes públicos, proceder a uma reavaliação dos horários de funcionamento.

Outro grande constrangimento verificado, é a possibilidade de comunicação telefónica com esta USF em geral, com 40,8% dos inquiridos a mostrarem-se pouco ou nada satisfeitos, anexo 14, sendo que quando colocada a questão da facilidade em estabelecer este tipo de comunicação directamente com o médico de família esta percentagem baixa para os 33,4%, anexo 15, ou seja, parece-nos que a dificuldade reside inicialmente em estabelecer a comunicação telefónica com

esta USF embora, também seja nossa convicção que este tipo de contacto médico / utente deveria ser mais privilegiado e divulgado, uma vez que como podemos observar nos anexos anteriormente mencionados, 14 e 15, respectivamente ao contacto telefónico com a USF e contacto telefónico com o médico de família 14,4% e 46,2% dos inquiridos afirmaram não saber, reflectindo desta forma o facto de nunca o terem tentado efectuar. Mais uma vez, e tal como se verificou na questão anteriormente analisada, são os indivíduos em idade activa que revelam uma maior insatisfação quanto a estas questões.

Relativamente ao tempo que os utentes esperaram na sala de espera pela consulta, anexo 16, 55,5% revela-se Pouco ou nada satisfeito. Contrariamente ao que ainda acontece em alguns serviços públicos, designadamente na saúde, esta USF já efectua o agendamento das consultas com a hora provável de atendimento de cada utente, ou seja, é pedido ao utente para comparecer na sala de espera alguns minutos antes do horário para o qual se encontra marcada a sua consulta, verificamos no entanto, durante a aplicação deste questionário e designadamente nas extensões de saúde que cobrem áreas essencialmente rurais que esta cultura não se encontra ainda enraizada nos utentes. É comum, comparecerem todos ou grande parte dos utentes, na extensão de saúde à hora da sua abertura e até antes desta independentemente da hora para a qual se encontra agendada a sua consulta, originando desta forma tempos de espera desnecessários, contribuindo igualmente para a degradação das condições de conforto, nomeadamente em termos de ruído. Há pois que trabalhar no sentido de criar uma cultura de pontualidade sem os excessos verificados actualmente quer pelo atraso sistemático quer pela antecipação desnecessária.

A marcação de consultas pela internet, anexo 17, revela-nos que apenas 13,0% dos inquiridos conhecem esta possibilidade. A questão colocada era: “Esta USF permite a marcação de consultas pela internet”. Obtivemos 46,6% de respostas “Não sei” e 40,4% de respostas no sentido de discordarem ou discordarem muito. Efectivamente esta USF permite a marcação de consultas pela internet, no entanto, quer a sua divulgação quer a forma de acesso a esta funcionalidade pode ser, na nossa opinião, considerada bastante deficiente. Esta USF dispõe, dentro do site da ULSNA, EPE de página própria, sendo no entanto a mesma bastante deficiente, quer em termos de funcionalidades quer da própria informação disponibilizada, conforme podemos verificar pela figura 11.



Rua 1º de Maio n. 95, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 302 052

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)

A primeira Unidade de Saúde Familiar (USF) do distrito. A USF Portus Alacer inaugurada a 10 de Setembro de 2009, é uma equipa multidisciplinar, voluntariamente constituída por 6 médicos, 8 enfermeiros e 7 administrativos.

**Corpo Clínico:**

Dorinda Calha (Responsável)  
Francisco Araújo  
Inês Marcos  
Luisa Fernandes  
Mendes da Luz  
Teresa Broncano

**Corpo Enfermagem:**

Álvaro Costa (Responsável)  
Eva Gonzalez  
Filomena Correia  
Gisela Ferreira  
Ilda Ribeiro  
Ludmila Bernardo  
Maria José Castanho  
Tatiana Madaleno

**Secretariado Clínico:**

Luis Martins (Responsável)  
Ana Raimundo  
Andreia Silva  
Clotilde Fonseca  
Fernanda Ribeiro  
José Renato Costa  
Ricardo Felizardo

**Extensão de Saúde de Atalaião**

Praceta Eça de Queiroz, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 203 756

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Alegrete**

Alegrete, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 965 120

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Assentos**

Rua Coronel Jorge V. Carço, 18, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 202 156

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Caia**

Caia, Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 382 556

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Carreiras**

Largo do Rossio n.15, Carreiras, Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 901 317

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Reguengo**

Estrada Nacional 246/2, Reguengo, 7300-405 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 202 199

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Ribeira de Nisa**

Rua da Casa do Povo, Ribeira de Nisa, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 341 227

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de São Julião**

Sítio da Igreja, S. Julião, 7300 Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 964 186

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



**Extensão de Saúde de Urra**

Sítio da Terra, Urra, 7300, Portalegre, Portugal

Tel.:(+351) 245 382 799

[usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt](mailto:usfportusalacer@ulsna.min-saude.pt)



[Fechar](#)

<http://www.ulsna.min-saude.pt/UserControls/USFInfo.aspx?USFID=USF%20Portus...> 11-10-2011

**Figura 11** - Página na internet da USF Portus Alacer

Como podemos verificar, para além da data da criação da USF, telefone, morada e fotografia das extensões que a integram e nome dos colaboradores da mesma, não existe qualquer outra informação disponível, uma vez que o mail, indicado em todas as extensões é um mail geral desta Unidade de Saúde, ao qual apenas tem acesso um colaborador.

Na nossa opinião, informações como o horário de atendimento administrativo, de enfermagem e médico de cada extensão é indispensável encontrar-se expresso junto à identificação de cada extensão. Também seria de todo pertinente, em lugar de um único mail, serem criados mail's personalizados para cada extensão de saúde, caso as mesmas disponham de ligação à rede da ULSNA, EPE. Na identificação dos profissionais, parece-nos igualmente, de bastante utilidade, que os responsáveis de cada área, médica, enfermagem e administrativa, pudessem ser identificados através de foto, bem como constar o seu mail de serviço, uma vez que na ULSNA, EPE todos os colaboradores dispõem de um mail personalizado. Por fim e directamente relacionado com a marcação de consultas pela internet, para se aceder a esta funcionalidade, terá que ser através do portal da Direcção-Geral da Saúde. Sendo algo de uma simplicidade extrema, não se compreende porque não foi adicionado nesta página um link directo para esta funcionalidade, assim como outros link's de interesse para os utentes desta USF. Parece-nos que esta situação poderia ser resolvida num curto espaço de tempo sem dispêndio significativo de recursos humanos, técnicos, ou financeiros, com significativo acréscimo de valor na acessibilidade aos serviços desta USF.

## 4.2 Áreas específicas

Esta vertente do questionário analisa áreas como a oferta de outros serviços, a resposta, recursos humanos e instalações, não sendo áreas directamente relacionadas com a área de negócio da USF são áreas que contribuem para a construção da imagem desta. Como vimos no capítulo 1 deste estudo é comum qualquer serviço ou produto dispor de outros associados que influenciam a procura do primeiro. Também a resposta às necessidades dos consumidores, no presente caso, dos utentes influencia a credibilidade, procura e conseqüentemente a imagem da organização, havendo a necessidade crescente de uma atitude de pró activa na resposta a essas necessidades, antecipando-as e na maioria das vezes procurando que essa necessidade não seja sentida pelos clientes / utentes. Nesta busca constante da antecipação de necessidades e quando tal não é possível procurando que a atitude reactiva seja rápida e eficaz as organizações contam com um activo fundamental, os seus recursos humanos. São estes, em particular os que actuam no front office que podem transmitir aos clientes / utentes uma imagem de segurança, confiança, profissionalismo e experiência. São estes que em todos os momentos da sua actuação estão sob a observação dos utentes reflectindo toda a forma de actuar de toda uma organização. São assim recursos cujo recrutamento de selecção tem que obedecer a critérios rigorosos, ser efectuado o necessário investimento na sua formação, designadamente ao nível dos comportamentos considerados desejáveis para a organização, mas são sobretudo estes recursos que devem ser permanentemente avaliados na sua actuação. A última destas áreas que vamos analisar refere-se às instalações. Se na grande maioria das organizações é importante as instalações manterem uma imagem que vá ao encontro da imagem institucional, as instalações de uma USF obedecem a critérios legalmente impostos para instalações de serviços de saúde.

Não pretendendo este estudo enveredar pela conformidade das normas nacionais e internacionais para este tipo de instalações, pretendemos no entanto avaliar as condições destas do ponto de vista dos utentes, o qual, certamente utiliza critérios bem distintos dos referidos anteriormente.

#### 4.2.1 Oferta de outros serviços

Este item é avaliado partido de três grupos compostos cada um deles por uma pergunta, visando os serviços domiciliários oferecidos por esta USF, uma outra visando a resposta a necessidades especiais dos utentes e a última visa o contacto efectuado para disponibilização de serviços de prevenção da doença. Dos resultados obtidos nesta área parece-nos importante não só analisar a insatisfação, mas sobretudo o desconhecimento por parte dos utentes desses mesmos serviços, não podendo no entanto atribuir-se graus de importância idênticos a grupos como o que visa o contacto para a prevenção e o que visa os serviços domiciliários, isto porque se relativamente ao segundo, apenas recorrem ao mesmo utentes ou familiares de utentes que se encontram incapacitados para se deslocarem à USF, relativamente ao segundo, cabe à USF promover a saúde através da promoção, divulgação e oferta de serviços de prevenção da doença como será o caso do plano de vacinação ou rastreios de algumas patologias. Assim, cabe-nos referenciar sobretudo os resultados obtidos precisamente no grupo referenciado anteriormente, contacto para a prevenção, não tanto pelos resultados de insatisfação obtidos mas sobretudo pelo desconhecimento quanto a estes serviços ou a sua forma de actuar demonstrado pelos utentes, em que 20,39% dos inquiridos “Não sabe” definir estes serviços quanto ao grau de satisfação fruto de nunca terem sido contactados para fazerem uso dos mesmos, conforme resultados demonstrados no gráfico 13.

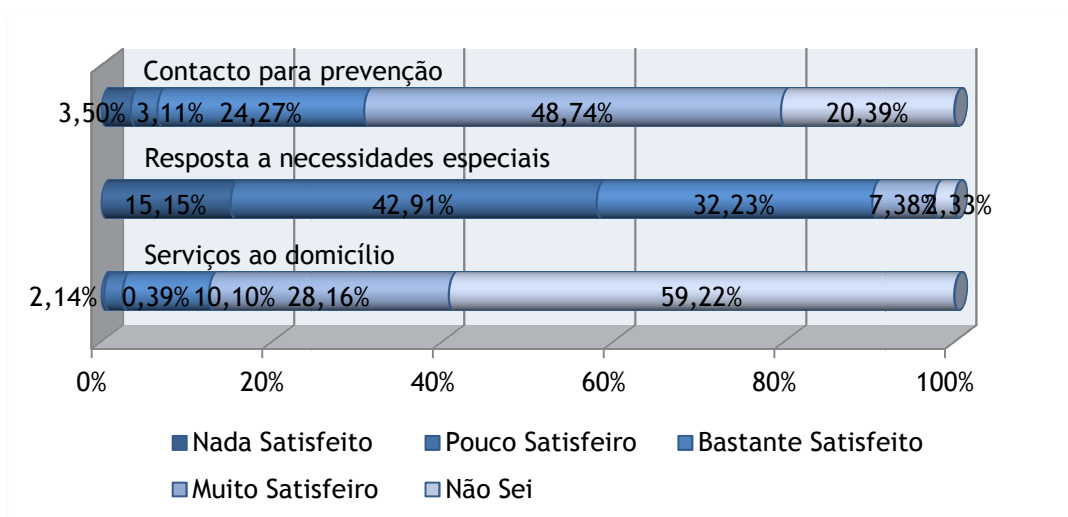


Gráfico 13- Oferta de outros serviços

Notória, é também a não concordância dos utentes desta USF quanto ao facto de a mesma responder a necessidades especiais dos utentes, designadamente necessidades de crianças, idosos e portadores de deficiência. Quando analisada esta questão, anexo 18, verificamos que esta situação obtém consenso generalizado de todos os utilizadores independentemente da sua faixa etária, sexo ou frequência de utilização da USF. Estando cumpridos, como é o caso, todos os requisitos legais em termos de equipamentos e instalações para utilização por pessoas com mobilidade reduzida, parece-nos que uma forma de melhorar este aspecto seria, a criação de um pequeno formulário para apresentação de sugestões, distribuindo o mesmo aos grupos visados nesta questão, acompanhantes de crianças, idosos e portadores de deficiência ou seus acompanhantes de forma a identificar casuisticamente em cada extensão de saúde as maiores dificuldades sentidas no acesso às instalações e sua utilização aferindo posteriormente o grau de viabilidade de execução das principais alterações sugeridas. Refira-se que, no caso aqui em apreciação estas alterações poderão nem sequer ter obrigatoriamente que envolver obras consideráveis nas instalações, na grande maioria das vezes, trata-se de pequenas alterações como libertar espaço nos acessos, diminuição da altura dos balcões de atendimento, entre outras. São pequenos detalhes, muitas com necessidade de afectação de poucos recursos que podem trazer melhorias significativas para utentes com necessidades especiais.

#### **4.2.2 Resposta**

Este item é composto por três grupos, rapidez de atendimento, respeito e liberdade de escolha, correspondendo cada um destes a uma questão. Se relativamente ao respeito com que foram tratados e a sua privacidade mantida os utentes desta USF apresentam um grau de satisfação que podemos considerar muito bom uma vez que 98,64% dos inquiridos se encontram bastante ou muito satisfeitos com tal, conforme gráfico 14, já relativamente à rapidez de atendimento a situação sofre uma clara inversão dado que 39,03% dos inquiridos se encontra pouco ou nada satisfeito com o tempo decorrido entre o contacto com a USF no sentido de procurar uma consulta e o momento em que a mesma ocorreu. É nossa convicção que este constrangimento poderá ser ultrapassado aliando algumas técnicas apresentadas anteriormente para resolução de problemas já referenciados tais como a revisão dos horários de funcionamento das extensões de saúde, permitindo desta forma uma maior flexibilização das agendas dos profissionais de saúde indo ao encontro das necessidades sentidas pelos utentes quanto à compatibilização das consultas com as suas disponibilidades pessoais e profissionais, também a implementação da cultura de pontualidade colmatará algumas dificuldades como atrasos dos utentes que influenciam directamente a programação pré estabelecida para o atendimento. A divulgação de panfletos aliada à conveniente explicação sobre tempos médios para tratamento de determinadas patologias reduzirá a constante procura dos serviços da USF, libertando desta forma tempo para novas consultas. O acesso telefónico dos utentes ao seu médico de família e a

outros serviços da USF poderá diminuir igualmente tanto o afluxo às instalações como a procura de consultas sucessivas.

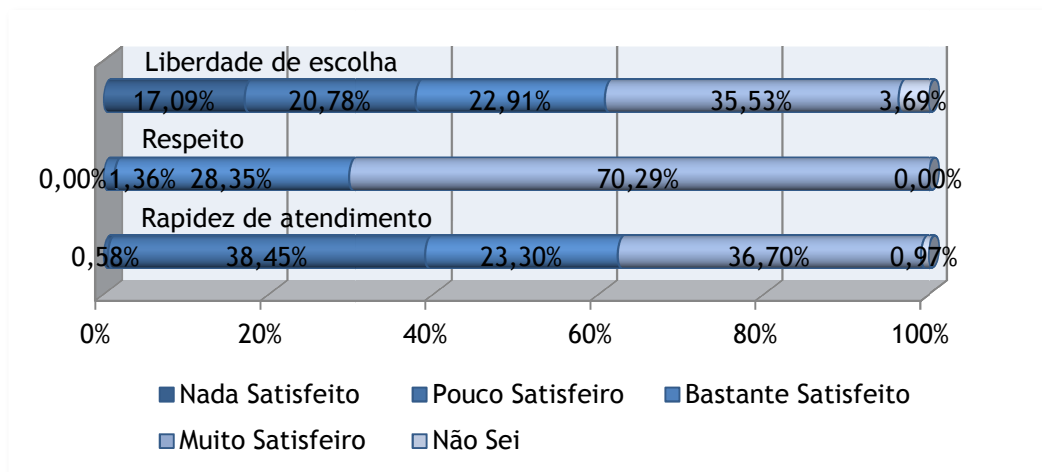


Gráfico 14 - Resposta

#### 4.2.2.1 Liberdade de escolha

Se na área urbana coberta pela USF Portus Alacer existe uma outra opção para prestação de cuidados de saúde primários integrados no sistema nacional de saúde, no que se refere à área circundante, designadamente às extensões de saúde situadas na área rural do conselho e mesmo em bairros da zona circundante da cidade, esta é a única USF que presta serviço nestas freguesias. É igualmente do nosso conhecimento que cada médico tem atribuída determinada ou determinadas extensões de saúde ocorrendo substituições apenas quando este por algum motivo se encontra impedido de efectuar consultas por períodos de tempo considerados consideráveis, como é o caso de doença ou férias. Sabemos também que esta USF, tal como muitas outras, se depara diariamente com dificuldades resultantes da escassez de recursos humanos, particularmente na área clínica daí que apontamos como prioridade o trabalho a desenvolver nas restantes áreas de actuação visando uma oferta de serviços mais eficazes para os utentes e eficientes para a USF colmatando assim a necessidade de procura de outros serviços similares pelos utentes.

#### 4.2.3 Recursos humanos

Para analisar o grau de satisfação dos utentes relativamente aos recursos humanos desta USF, foram utilizados quatro critérios, sendo três deles similares diferindo no conteúdo diferindo apenas no grupo profissional visado, caso da cortesia, competência e carinho demonstrado pelo

pessoal administrativo, de enfermagem e médico e um quarto critério generalista quanto ao grupo profissional visado referente à pontualidade.

Os resultados obtidos e expressos no gráfico 15, são elucidativos de como estes recursos representam um activo desta USF, registando-se apenas um resultado que pode, face aos restantes, ser considerado menos positivo. A pontualidade. Se bem que apenas 7,96% dos inquiridos tenha referido encontrar-se pouco ou nada satisfeito com a pontualidade dos colaboradores desta USF, pensamos que a implementação de um sistema de gestão e controlo de assiduidade através de meios electrónicos, poderá colmatar em parte, esta situação. Refira-se igualmente que, como á foi aqui referido existem extensões de saúde que distam 20 Km da sede da USF e muitos dos colaboradores antes de se deslocarem para as extensões têm necessidade de se deslocar à sede da USF por motivos profissionais, parece-nos que, não se colocando em posição de subserviência face aos utentes seria desejável que quando se verificassem atrasos dos profissionais fosse dada a necessária explicação aqueles que aguardam a sua chegada para início do atendimento.

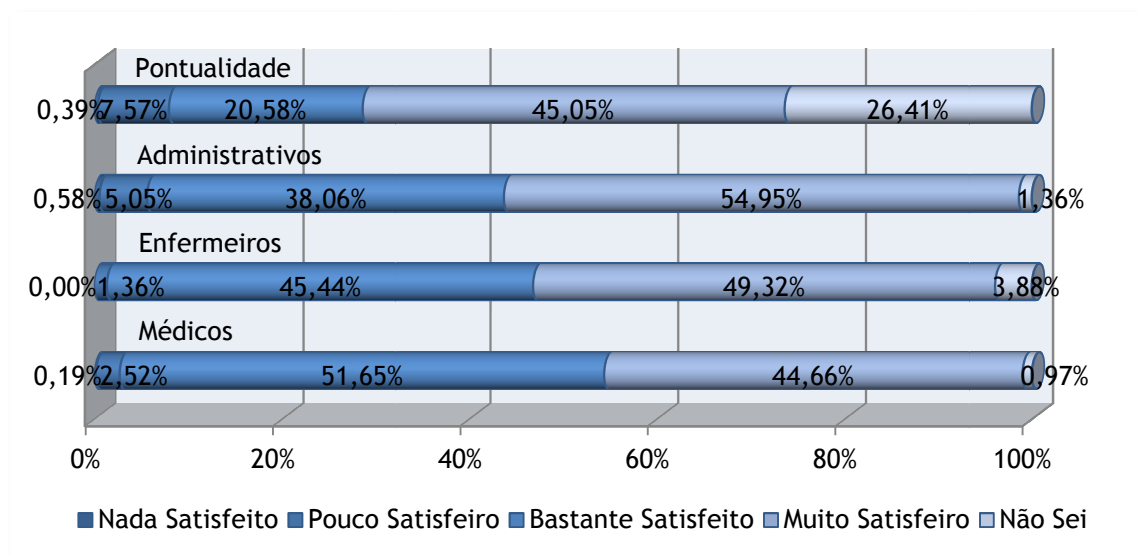
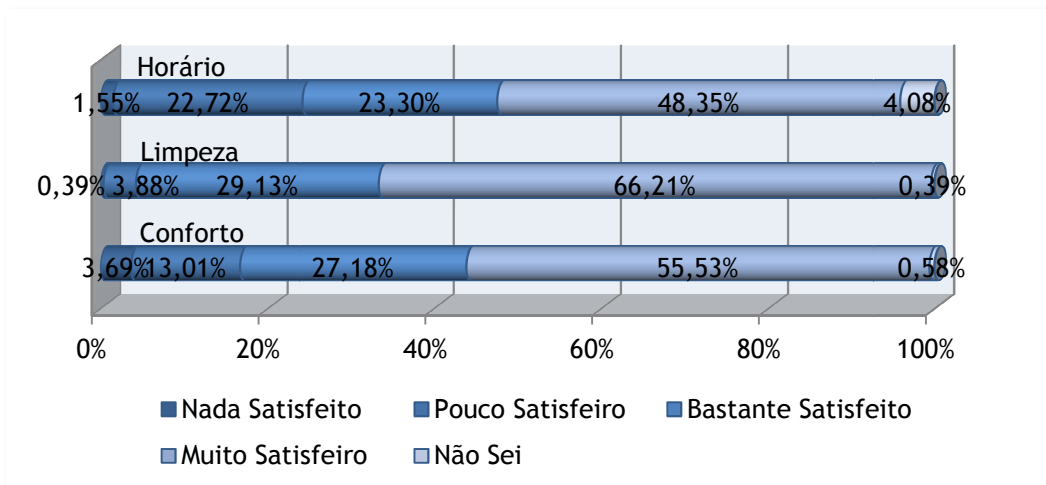


Gráfico 15 - Recursos humanos

#### 4.2.4 Instalações

O item Instalações resulta da análise de três grupos contendo cada um deles uma questão, abrangendo o conforto das instalações o seu horário de funcionamento e a limpeza apresentada pelas mesmas. Relativamente a esta última, refira-se que o grau de satisfação apresentado pelos inquiridos é considerado bom uma vez que 95,34% destes afirmaram considerar-se bastante ou muito satisfeitos, conforme se conclui da observação do gráfico 16.



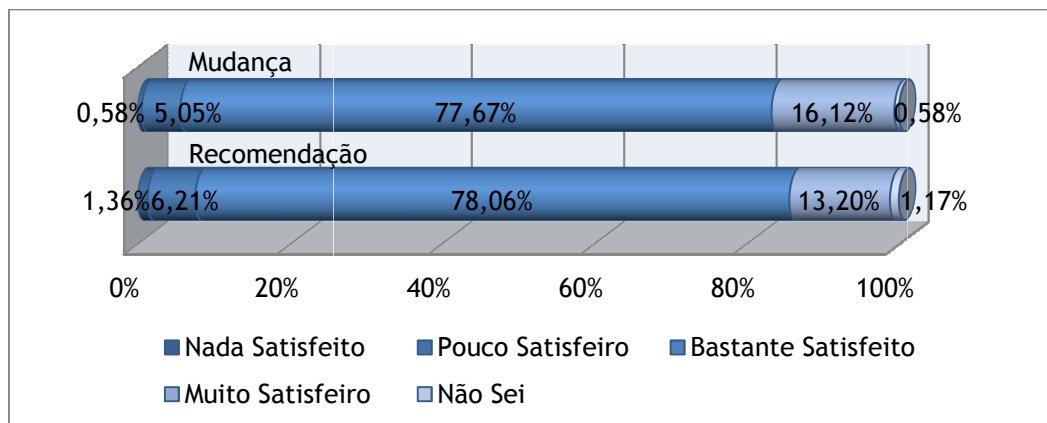
**Gráfico 16 - Instalações**

No que concerne aos itens horário e conforto parece-nos, neste caso e pelo contacto desenvolvido com os utentes durante a aplicação do instrumento de recolha de dados, poderem ser, neste caso, analisados em simultâneo, isto porque a insatisfação sentida relativamente ao conforto resulta substancialmente do horário praticado nas extensões de saúde e da falta da já mencionada cultura de pontualidade. Quanto ao horário e porque já referimos em situações anteriores a necessidade de revisão dos horários de funcionamento das extensões de saúde parece-nos redundante, nesta fase voltar referir esta situação. Já quanto ao desconforto sentido, e pelo contacto com os utentes foi nossa percepção que grande parte do mesmo resulta do excesso de ruído existente nas salas de espera. Esta situação, poderá ser em grande parte resolvida com a também já mencionada implementação de uma cultura de pontualidade, evitando desta forma um número exagerado de utentes nas salas de espera contribuindo assim não apenas para o conforto dos próprios utentes mas também para um acréscimo de conforto, e desta forma acréscimo de produtividade dos profissionais que ali exercem funções.

### 4.3 Satisfação global

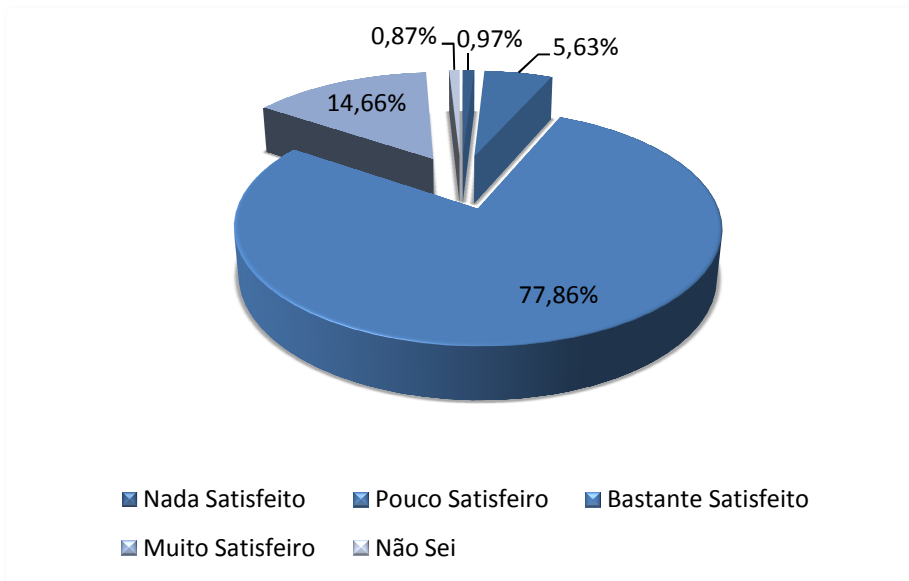
Neste instrumento, a satisfação global, resulta dos resultados obtidos em dois itens, mudança e recomendação. A primeira visa avaliar o grau de concordância dos inquiridos face à seguinte afirmação: “Não vejo qualquer razão para mudar para outra USF ou outro Centro de Saúde”. No caso da UFS Portus Alacer, 93,79% dos inquiridos Concorda ou concorda muito com esta afirmação, gráfico 17, verificando-se que, apesar de algumas dificuldades sentidas, os utentes desta UFS sentem que os serviços disponibilizados pelas mesmas vão de encontro às suas expectativas do que representa uma prestação de qualidade em cuidados de saúde primários, sendo fieis à USF enquanto prestadora deste tipo de serviços, contribui ainda para esta avaliação

da satisfação global o item que visa a recomendação desta USF enquanto serviço de referência na prestação destes cuidados. Quando colocada a questão: “Recomendo fortemente esta USF aos meus amigos”, concordaram ou concordaram bastante com a mesma 91,26% dos inquiridos. Podemos pois afirmar que os utentes desta USF, para além de serem fieis à mesma, são utentes que poderão aconselhar a Portus Alacer como prestadora de serviços de referência nesta área de serviços.



**Gráfico 17 - Mudança e recomendação**

A avaliação final da satisfação global traduz-se nos resultados apresentados no gráfico 18, demonstrativo de que 77,86% dos inquiridos se encontra globalmente bastante satisfeito com os serviços prestados por esta USF, enquanto que 14,66% dos inquiridos se encontra muito satisfeito com estes serviços. Há no entanto que desenvolver estratégias com o intuito de apurar junto dos 5,63% de utentes que afirmam encontrar-se pouco satisfeitos e dos 0,97% daqueles que afirmam encontrar-se nada satisfeitos globalmente com os serviços prestados pela USF Portus Alacer, quais os motivos da sua insatisfação, para levar a cabo medidas correctivas visando suprir deficiências apresentas na prestação de serviços.



**Gráfico 18 - Satisfação global**

## 5 Conclusão

Com o presente estudo pretendemos avaliar o grau de satisfação dos utentes da Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer, relativamente, a diversas dimensões, designadamente a satisfação global, satisfação relativamente a indicadores-chave EUROPEP e áreas específicas com vista à construção de uma imagem institucional de acordo com os padrões internacionalmente reconhecidos para organizações desta dimensão e desta área de negócio.

Foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário EUROPEP, dado o mesmo parecer ser actualmente o único com alguma dimensão internacional que, mais tarde poderá permitir a comparação de dados, aferindo-se desta forma qual o posicionamento efectivo da USF Portus Alacer relativamente a outras unidades de idênticas características, bem como a sua imagem face aquela que é transmitida pelas restantes.

Considera Ramalho (1982) que a composição da imagem das organizações depende de quatro tipos de elementos: Os elementos humanos (recursos humanos de que dispõe a instituição, assim como os comportamentos relevados por estes); os elementos materiais (equipamentos e instalações de que dispõe a instituição); os elementos psicossociológicos (políticas de informação, de gestão de recursos humanos, financeiros comerciais e outros) e a qualidade do serviço tendo esta sido por nós avaliada na óptica da satisfação do cliente relativamente aos serviços prestados.

Como foi referido anteriormente, tratando-se de serviços, a USF disponibiliza aos seus clientes / utentes bem intangíveis, sendo uma característica predominante destes, o facto de os mesmos serem produzidos, apresentados, testados e consumidos simultaneamente, não havendo desta forma possibilidade de rectificação posterior de qualquer defeito referenciado para o mesmo. Há pois que intervir a montante, ou seja, há que adoptar atitudes pró-activas no sentido de detectar possíveis lacunas que possam causar desvios relativamente ao objectivo proposto, o qual não poderá ser menos que a completa satisfação dos nossos clientes / utentes face ao serviço apresentado.

Assim, e face aos resultados obtidos relativamente ao grau de satisfação dos utentes da USF Portus Alacer importa antes de mais, identificar pontos que possam originar possíveis constrangimentos com a consequente descredibilização da imagem criada por esta Unidade, sugerindo algumas políticas e técnicas para a sua correcção, e posteriormente revelar os aspectos que potenciam a já imagem de credibilidade desta mesma Unidade, apontando igualmente algumas técnicas que, a nosso ver possam ajudar a manter e até melhorar essa mesma imagem.

Quanto aos aspectos menos positivos detectados começamos por referir a insatisfação demonstrada relativamente aos tempos de espera registados desde a necessidade sentida pelo utente de obter uma consulta médica até ao momento em que a mesma se efectiva. Tal como foi apontado anteriormente parece-nos que seria desejável proceder, quando possível a uma revisão dos horários de funcionamento, em particular das extensões de saúde, permitindo desta forma uma maior flexibilização das agendas dos profissionais de saúde, aliando esta flexibilização à implementação de uma cultura de pontualidade por parte dos utentes, de forma a que os seus atrasos não provoquem constrangimentos acrescidos aos sentidos pela escassez de recursos humanos. A divulgação de informação relativa a períodos médios necessários para a eficácia de algumas terapêuticas poderá igualmente contribuir para uma menor procura de consultas sucessivas. Já no que se refere ao tempo de espera na sala de espera, pensamos que esta cultura de pontualidade antes mencionada irá igualmente contribuir de forma significativa para uma melhoria desta situação.

Outro ponto identificado como menos positivo refere-se ao desconforto sentido pelos utentes relativamente às condições ambientais oferecidas pelas instalações. Embora este instrumento não o especifique, sabemos, pelo contacto mantido com estes durante a recolha de dados que na grande maioria este desconforto prende-se com o elevado ruído sentido nas instalações. Foi também possível observar que este ruído é proveniente das conversas mantidas entre os próprios utentes, mais uma vez, buscamos a cultura da pontualidade, embora no caso em apreço esta deva ser apresentada ao utente de forma a tal como os atrasos são prejudiciais, o é igualmente a excessiva antecipação. Relativamente às consultas programadas, nesta USF já se encontra implementada a política de estabelecer uma hora precisa para cada utente, contrariamente ao que ocorria anteriormente, em que era solicitado aos utentes a sua comparência no local logo no início do período de consultas, actualmente é-lhe solicitado que compareça apenas alguns minutos antes da hora programada. Esta situação não se verifica na grande maioria dos casos dando assim origem a tempos de espera desnecessários, causando incomodo quer para o próprio utente quer para os restantes.

Quanto à insatisfação demonstrada relativamente às instalações não responderem apropriadamente a utilizadores com necessidades especiais, esta situação poderia tentar ser melhorada através da criação dum grupo de trabalho cuja missão fosse criar, divulgar e analisar um inquérito visando as dificuldades sentidas, com possibilidade de algumas sugestões para sua resolução. Em casos de maior complexidade, poderia este grupo tentar reunir com acompanhantes de crianças, utentes com capacidade de movimentação reduzida, entre outros com vista à possível resolução destes problemas.

A insatisfação relativamente à escassa informação prestada pelos clínicos relativamente aos exames e terapêutica prescritos, foi outro ponto registado como menos positivo, aqui há que

procurar junto dos técnicos de saúde uma alteração de comportamentos que visem o cabal esclarecimento dos utentes relativamente a estas situações.

Foi nossa experiência quando da aplicação do instrumento de recolha de dados a deficiente comunicação interna. Como foi referenciado anteriormente, para a realização do presente estudo houve a necessidade de obter autorização formal do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, assim como a necessária concordância quer da responsável pelo Centro de Saúde de Portalegre, quer da Coordenadora da USF Portus Alacer. Após estes procedimentos, foi comunicado através de mail aos colaboradores e clínicos que prestam serviço nas diversas extensões que esta USF serve, a realização do estudo. Refira-se que todos os colaboradores da ULSNA, EPE dispõem de mail personalizado. Verificou-se no entanto que, a grande maioria destes desconheciam totalmente a realização do estudo pois o hábito de utilização desta ferramenta não se encontra devidamente implementada junto daqueles profissionais. Há assim que actuar neste campo, através da formação com vista à alteração de comportamentos e, paralelamente, enquanto estes hábitos não se encontrarem efectivamente implementados, recorrer a outras formas de divulgação da informação.

A acessibilidade aos serviços desta USF foi um dos pontos que revelou maior grau de insatisfação. Os utentes revelaram encontrar-se nada ou pouco satisfeitos quanto à facilidade de estabelecerem contacto telefónico com a USF, curiosamente parece que após o contacto inicial algumas barreiras são ultrapassadas pois os resultados obtidos quanto à facilidade de falarem pelo telefone com o seu médico de família são ligeiramente melhores. Nesta área há que mais uma vez procurar alterar comportamentos dos colaboradores da USF no sentido de compreenderem que esta será uma forma preferencial para os utentes contactarem com os serviços. Quanto ao facto de esta USF permitir a marcação de consultas pela Internet, os resultados obtidos não são nada animadores quando verificamos que, cada vez mais, este é um meio preferencial para os clientes / utentes de qualquer organização. Na sua grande maioria, os utentes mostram desconhecer que tal é possível, sendo o segundo maior número de respostas o daqueles que dizem que tal ferramenta não se encontra disponível. Efectivamente tal ferramenta está disponível mas não na página da USF, antes num micro site da Direcção-Geral de Saúde, sendo algo complexo a sua utilização. Numa sociedade que desde há algum tempo a esta parte privilegia esta como um dos principais canais de contacto entre organizações e clientes, parece-nos que também esta USF deveria fazer uma aposta na melhoria da sua página, dado que, como foi anteriormente apresentado esta dispõe de pouca informação, sendo também em termos gráficos pouco apelativa. Parece-nos que seria uma aposta ganha por esta USF, a criação de uma página mais dinâmica e atractiva para o utilizador, onde pudesse para além de permitir a marcação de consultas, divulgar informação relativa a políticas de prevenção da doença, criação de uma área dedicada a pequenas questões, a qual certamente contribuiria para um acesso mais regrado aos cuidados de saúde, inclusão de link's com informações úteis na área da saúde, entre outros.

Quanto aos aspectos positivos e que contribuem para uma imagem positiva desta USF cabe registar em primeiro lugar os recursos humanos de que a mesma dispõe. Sabendo-se que estes recursos devem ser dos mais valorizados de qualquer organização e que é neles que reside o sucesso das mesmas, constatamos que é relativamente a estes que os inquiridos demonstraram os maiores níveis de satisfação. Quer relativamente ao seu profissionalismo quer relativamente a características humanas demonstradas. Realce-se os resultados obtidos em áreas como a manutenção da privacidade e da confidencialidade quanto aos utentes e seus dados, acompanhamento dos utentes, disponibilidade e até carinho demonstrado, finalizando nos serviços ao domicílio prestados pela USF, os quais assentam sobretudo nas características destes profissionais.

O contacto para utilização de serviços de prevenção de doença, tais como vacinação e rastreios, foram igualmente sinalizados como uns dos que maior grau de satisfação reuniu, quer pela eficácia demonstrada quer pela forma como o mesmo é efectuado.

Se anteriormente havíamos referido relativamente às instalações o desconforto sentido pelo ruído existente, há agora que referir relativamente à limpeza das mesmas e conforto disponibilizado pelas instalações que estes parâmetros apresentam níveis de satisfação bastante elevados.

Por último refira-se que se existe um único indicador que pudesse ser tido em conta como revelador da satisfação e conseqüentemente da imagem desta USF, seria com toda a certeza o facto de os utentes / clientes afirmarem ser fieis à organização, neste caso à USF, não pretendendo mudar para outra referindo ainda que recomendam fortemente a mesma a amigos e conhecidos.

Voltando um pouco atrás, ao início deste ponto conforme refere Ramalho (1982) a imagem desta USF parece dispor de elementos sólidos na sua composição uma vez que, como foi referido são os recursos humanos sua personalidade e seus comportamentos um dos pontos que maior nível de satisfação obteve. As instalações e equipamentos revelaram igualmente um bom nível de satisfação, já os elementos psicossociológicos, designadamente ao nível de políticas de comunicação parecem revelar algumas fragilidades que urgem corrigir, finalmente e relativamente à satisfação dos serviços prestados os níveis de satisfação obtidos foram igualmente bons.

Esperamos com este trabalho e conseqüente apresentação dos resultados sejam observadas aqui não críticas mas oportunidades de melhoria, não elogios mas antes estratégias conseguidas que importa continuar a desenvolver e desta forma ter podido igualmente contribuir para a construção e consolidação da imagem da Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer.

## 6 Referências bibliográficas

- Almeida, Vítor, 2003. A Comunicação Interna na Empresa, Lisboa, Áreas Editora
- António, N.S., A. Teixeira, 2007. Gestão da qualidade - de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM, Lisboa, Edições Silabo
- Bengoa, R., R. Kwar, P. Key, S. Leatherman, R. Massoud, P. Saturno, 2006. Quality of care: A process of making Strategic Choices in health Systems (World health Organizacion)
- Bitti, Pio R. e Zani, Bruna, 1997. A comunicação como Processo Social, Lisboa, Editorial Estampa
- Chris Argyris, A integração Indivíduo-Organização, São Paulo, Atlas, 1975, p. 23
- Capriotti, Paul, 2009. Branding Corporativo - Fundamentos para la Gestión Estratégica de la Identidad Corporativa, Santiago, Libreria de la Empresa
- Capriotti, Paul, 1992. La Imagen de Empresa. Estrategia para una comunicación integrada, Barcelona, El Ateneo (versão online, 2006, em <http://www.bidireccional.net>)
- Carapeto, C., Fonseca, F., 2006. Administração Pública - Modernização, qualidade e Inovação, 2ª Edição, Lisboa, Edições Silabo
- Chiavenato, Idalberto, 1991. Recursos Humanos, São Paulo, Editora Atlas
- Crosby, P. B., 1979. Quality is free (New York Press, New York)
- Deming, W., Edeards, 1989. Calidad Productividad y competitividad la salida de la crises, Madrid, Dias de Santos
- Eiglier, P., Langeard, E., & Dageville, C., 1989. La qualité des services. Revue française de gestion, 121 (1), 93-100
- Esteban, Ildefonso G., 1999. Marketing de los Servicios, Madrid, ESIC Editorial
- Garvin, D. A., 1984. What Does "Product Quality" Really mean? Sloam Management Review, fall, 25-43

- Gonçalves, Gisela, 2010. Introdução à Teoria das Relações Públicas, Porto, Porto Editora
- Kenneth E. Boulding, 1968. The Organizational Revolution, Chicago, Quadrangle Books, p. 32
- Kotler, Philip, 2003. Marketing de A a Z: 80 conceitos que todo o profissional precisa saber, Rio de Janeiro, Campus
- Kunsch, Margarida. M. K, 2002. Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada, São Paulo, Summus Editorial,
- Milan, G. S. e Trez, G., 2005. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde, RAE electrónica, disponível em <http://www16.fgv.br/rae/eletronica/indez.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005> acessado em 27 de Março de 2011
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A., 1991. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing, 67 (4), 420-450
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L., 1985. A conceptual Model of Service
- Pires, A. Ramos, 2000. Qualidade, Sistemas de gestão de qualidade, Lisboa, Edições Sílabo
- Pires, A. Ramos, 2004. Qualidade, Sistemas de gestão de qualidade, 3ª ed., Lisboa, Edições Sílabo
- Pisco, L., 2001. Perspetivas sobre a qualidade na saúde, qualidade na saúde 5, 4-6
- Reeves, C. A., e D. A. Bednar, 1994. Defining quality: Alternatives and implications, Academy of Management review 19, 3, 419-446
- Serra, Paulo J., 2007. Manual da Teoria da Comunicação, Covilhã, Livros Labcom
- Villafañe, J. e Minguens, N., 2002. Principios de Teoria General de la Imagen, Madrid, Ediciones Pirámide
- Villafañe, J., 1998. Imagem Positiva - Gestão Estratégica das Empresas, Lisboa, Edições Sílabo
- Villafañe, J., 1985. Introduction a la teoria de la Imagem, Pirâmide, p. 29
- Westphalen, M. -H., s/d. A Comunicação na Empresa, Porto, Rés-Editora

**Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.** Criação do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 214 - I Série. Assembleia da República. Lisboa

**Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.** Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 195 - I Série. Assembleia da República. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro.** Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República n.º 228 - I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de Janeiro.** Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 12 - I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.** Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 12 - I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.** Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Diário da República n.º 108 - I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.** Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 208 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.** Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República n.º 161 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.** Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro.** Primeira alteração aos Decretos-Leis n.os 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., transferindo as competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de qualidade, para a Direcção-Geral da Saúde e fixando a forma de extinção da estrutura de missão Parcerias.Saúde, criada pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001](#), de 16 de Novembro, cujo prazo de vigência foi prorrogado pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004](#), de 1 de Julho. Diário da República n.º 233 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa

**Decreto-Lei n.º 91/2010, de 22 de Julho.** Altera a organização interna do Ministério da Saúde e do Alto-Comissariado da Saúde no que diz respeito ao número de dirigentes e à coordenação nacional dos programas verticais de saúde de âmbito nacional, procedendo à segunda alteração ao [Decreto-Lei n.º 212/2006](#), de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 218/2007](#), de 29 de Maio, que aprova a orgânica do Alto-Comissariado da Saúde. Diário da República n.º 141 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa

**Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril.** Aprova o regulamento dos centros de Saúde. Diário da República n.º 93 - I Série. Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado. Lisboa

Declaração de Alma-Alta

Carta de Ottawa

Declaração de Adelaide

**Anexo 1 - Autorização para utilização do Questionário  
EUROPEP (Mail)**

## Anabela Nabiça

---

**De:** Anabela Nabiça [anabelafn@gmail.com]  
**Enviado:** quarta-feira, 15 de Junho de 2011 23:49  
**Para:** 'CEISUC'  
**Assunto:** RE: Pedido de autorização- Questionário Europep

**Importância:** Alta

<b>Controlo:</b>	<b>Destinatário</b>	<b>Lida</b>
	'CEISUC'	Lida: 16-06-2011 11:44

Caro Senhor Professor

Lamento o longo período decorrido entre este seu mail e a minha presente resposta, no entanto a autorização necessária para aplicação do questionário na USF Portus Alacer a qual se encontra inserida na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA) demorou um pouco mais do que inicialmente eu previa.

Reúno neste momento as condições, para poder iniciar a aplicação dos questionários, dado que a autorização necessária foi proferida ontem. Assim, e dado o interesse por si demonstrado relativamente à questão metodológica, encontro-me à inteira disposição para caso o interesse se mantenha reunir com o Senhor Professor para discutir-mos estes e outros aspectos que considere importantes.

Cumprimentos

Anabela Nabiça

---

**De:** CEISUC [<mailto:ceisuc@fe.uc.pt>]  
**Enviada:** quinta-feira, 21 de Outubro de 2010 16:52  
**Para:** [anabelafn@gmail.com](mailto:anabelafn@gmail.com)  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização- Questionário Europep

Cara Dra. Anabela Nabiça,

Apenas por motivos de avaria do meu computador, durante alguns dias fiquei sem acesso ao correio electrónico. Por isso, só agora lhe estou a responder.

É com muito gosto que autorizo a utilização do questionário Europep na sua investigação.

Há, no entanto, aspectos metodológicos que considero importantes discutir antes de aplicar o questionário. Por isso, gostaria, caso concorde e queira, de marcarmos uma reunião e falar consigo sobre os locais onde vai utilizar o questionário para poder acompanhar melhor o seu trabalho.

Cumprimentos.

Pedro

**Pedro Lopes Ferreira**  
Prof. Associado com Agregação  
[pedrof@fe.uc.pt](mailto:pedrof@fe.uc.pt)

Av. Dias da Silva, 165  
3004-512 Coimbra - Portugal  
Tel: +351 239 790 552 / 507  
Fax: +351 239 790 514



FACULDADE DE ECONOMIA  
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



---

**De:** Anabela Nabiça [<mailto:anabelafn@gmail.com>]  
**Enviada:** quinta-feira, 7 de Outubro de 2010 23:04  
**Para:** [ceisuc@fe.uc.pt](mailto:ceisuc@fe.uc.pt)  
**Assunto:** Pedido de autorização- Questionário Europep  
**Importância:** Alta

Exmo. Senhor

Director do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra

**Anabela Farinha Nabiça**, mestranda na Universidade da Beira Interior, no mestrado de Comunicação Estratégica: Publicidade e Relações Públicas, vem junto de V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> expor e solicitar o seguinte:

Tendo efectuado diversas pesquisas no âmbito da satisfação dos utentes nos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde, constatei que o centro ao qual V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> preside levou a cabo um estudo similar de análise às primeiras 146 USFs.

Porque é minha convicção que a prestação do Serviço Nacional de Saúde tem obrigatoriamente que passar pela satisfação dos utentes e consequentemente pela qualidade dos serviços a eles prestados, a sua credibilização fundamenta-se numa comunicação eficaz das melhorias introduzidas.

Dado não existirem muitos estudos sobre esta temática, parece-me interessante no âmbito da minha dissertação de mestrado versar sobre esta matéria que directa ou indirectamente afecta cada um de nós.

Uma vez que o Centro do qual V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> é director já levou a cabo estudo idêntico utilizando como instrumento de recolha de dados o questionário *EUROPEP*, solicito a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> autorização para utilizar como instrumento de recolha de dados para a dissertação que irei elaborar o questionário aplicado pelo CEISUC.

Gostaria ainda de solicitar a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> a urgência possível na análise desta minha solicitação, uma vez que só após ser obtida a autorização de V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> para utilização do questionário assim como exemplar do mesmo, poderei solicitar necessária autorização por parte do Conselho de Administração da Instituição onde o pretendo aplicar.

Grata pela atenção.

Cumprimentos,

Anabela Nabiça

Nenhum vírus encontrado nessa mensagem recebida.

Verificado por AVG - [www.avgbrasil.com.br](http://www.avgbrasil.com.br)

Versão: 9.0.862 / Banco de dados de vírus: 271.1.1/3182 - Data de Lançamento: 10/07/10 07:34:00

Nenhum vírus encontrado nessa mensagem recebida.

Verificado por AVG - [www.avgbrasil.com.br](http://www.avgbrasil.com.br)

Versão: 9.0.862 / Banco de dados de vírus: 271.1.1/3209 - Data de Lançamento: 10/20/10 19:34:00

**Anexo 2 - Instrumento de recolha de dados  
(Questionário EUROPEP)**

# Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde Familiar (USF)

Pedimos-lhe que pense na qualidade dos cuidados que lhe são prestados nesta USF. A informação que nos fornecer será confidencial e é importante para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

**Muito obrigado pela sua colaboração**

© Questionário Europep 2009  
Autorizada a utilização do presente questionário pelo:  
Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira



Centro de Estudos e Investigação  
em Saúde da Universidade de Coimbra



missão para os cuidados  
de saúde primários

Por favor, marque uma **X** na resposta com que está mais de acordo.

<b>Está satisfeito(a) com:</b>	Nada	Pouco	Bastante	Muito	Não sei
1. O tempo em que estive com o seu médico durante as consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O tempo dedicado a si pelo pessoal de enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A forma como foi envolvido(a) nas decisões sobre os cuidados que o seu médico lhe prestou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A forma como o seu médico o(a) ouviu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A confidencialidade da informação do seu processo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O alívio rápido dos seus sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A atenção dispensada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O exame que o médico lhe fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, exame médico periódico e vacinas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A forma como foi contactado(a) para utilizar estes serviços de prevenção de doenças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As explicações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O apoio que recebeu para compreender a importância de seguir os conselhos do seu médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O conhecimento que o seu médico tem sobre o que foi feito e dito em consultas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O apoio, em geral, do pessoal desta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Está satisfeito(a) com:**

	Nada	Pouco	Bastante	Muito	Não sei
21. O horário de atendimento desta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A pontualidade dos profissionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. A competência, cortesia e carinho do pessoal médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A facilidade em falar pelo telefone para esta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O tempo que esperou na sala de espera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. O respeito com que foi tratado(a) e a forma como a sua privacidade foi mantida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. A rapidez com que os problemas agudos foram resolvidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Os serviços ao domicílio fornecidos por esta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. O conforto geral desta USF (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. A limpeza das instalações desta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. A organização geral dos serviços oferecidos por esta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. A rapidez com que foi atendido(a) nesta USF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dê-nos agora, por favor, o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações:**

	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
38. Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (por exemplo, de crianças, idosos e portadores de deficiência).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Esta USF permite a marcação de consultas pela internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Recomendo fortemente esta USF aos meus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Não vejo qualquer razão para mudar para outra USF ou outro Centro de Saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. SURPRSAS AGRADÁVEIS: Quais os aspectos mais positivos que encontrou durante as suas visitas a esta USF?

43. SURPRSAS DESAGRADÁVEIS: Quais os aspectos mais negativos que encontrou durante as suas visitas a esta USF?

**Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para efeitos estatísticos**

44. Esta é a sua primeira consulta nesta UFS?  Sim  Não

Se NÃO, quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses?

45. Quais os estudos que tem?

- Não sabe ler nem escrever
- Só sabe ler e escrever
- 1º ciclo ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Médio
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

46. Sexo  Masculino  Feminino

47. Ano de nascimento 19

**Muito obrigado por nos ter ajudado a preencher este questionário.**

**Anexo 3 - Tabela com resultados do teste Alpha de Cronbach**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	515	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	515	100,0

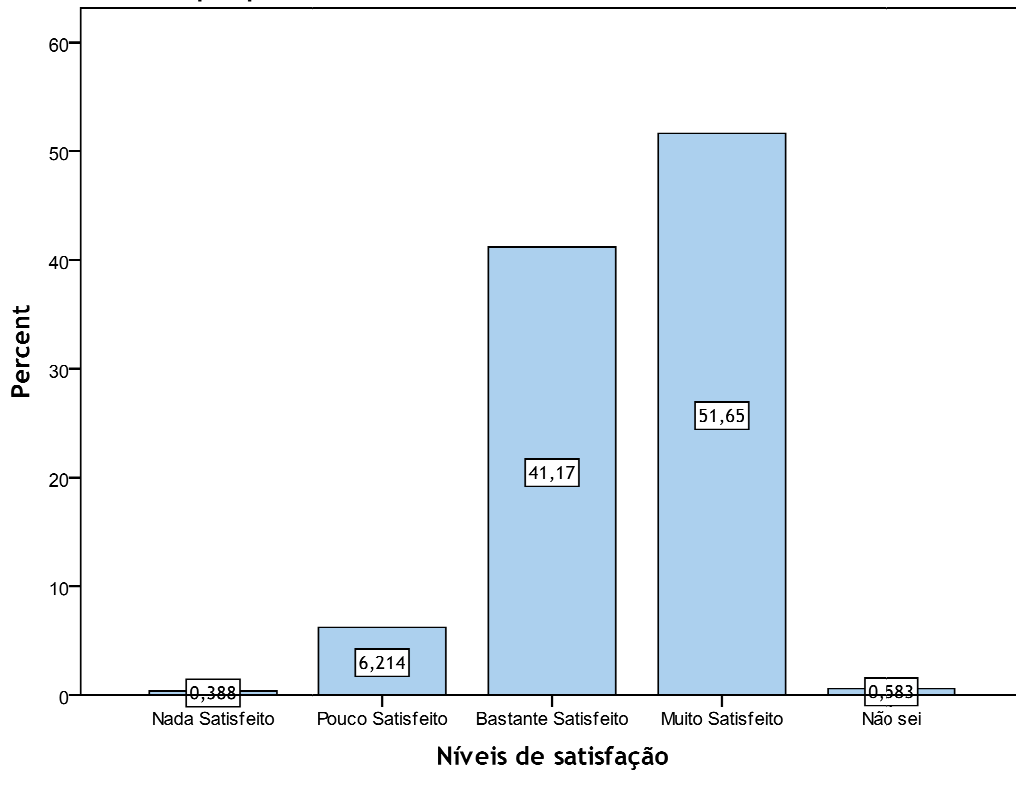
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,811	41

**Anexo 4 - O tempo que esteve com o seu médico de família durante a consulta**

Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas



Idade \* Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas Crosstabulation

		Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	1	0	0	1
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	,0%	,5%	,0%	,0%	,2%
5 - 9	Count	0	0	1	1	0	2
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	,0%	,5%	,4%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	0	2	1	0	3
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	,0%	,9%	,4%	,0%	,6%
15 - 19	Count	0	1	4	7	0	12
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	3,1%	1,9%	2,6%	,0%	2,3%
20 - 24	Count	0	1	6	4	0	11
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	3,1%	2,8%	1,5%	,0%	2,1%
25 - 29	Count	0	2	14	12	0	28
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	6,3%	6,6%	4,5%	,0%	5,4%
30 - 34	Count	1	2	15	23	1	42
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	50,0%	6,3%	7,1%	8,6%	33,3%	8,2%
35 - 39	Count	0	4	19	36	0	59
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	12,5%	9,0%	13,5%	,0%	11,5%
40 - 44	Count	0	4	21	22	2	49
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	12,5%	9,9%	8,3%	66,7%	9,5%
45 - 49	Count	0	4	27	16	0	47
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	12,5%	12,7%	6,0%	,0%	9,1%
50 - 54	Count	0	0	21	28	0	49
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	,0%	9,9%	10,5%	,0%	9,5%
55 - 59	Count	1	2	12	22	0	37
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	50,0%	6,3%	5,7%	8,3%	,0%	7,2%
60 - 64	Count	0	5	12	25	0	42
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	15,6%	5,7%	9,4%	,0%	8,2%
65 - 69	Count	0	2	16	25	0	43
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	6,3%	7,5%	9,4%	,0%	8,3%
70 - 74	Count	0	3	17	23	0	43
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	9,4%	8,0%	8,6%	,0%	8,3%
>= 75	Count	0	2	24	21	0	47
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	,0%	6,3%	11,3%	7,9%	,0%	9,1%
Total	Count	2	32	212	266	3	515
	% within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

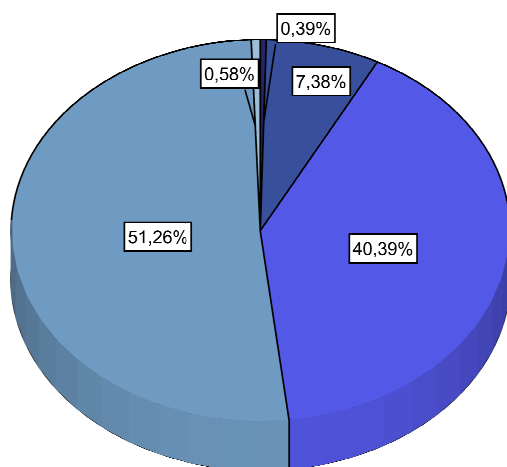
Quais os estudos que tem \* Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas Crosstabulation

			Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	1 3,1%	11 5,2%	17 6,4%	0 ,0%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	1 3,1%	15 7,1%	6 2,3%	0 ,0%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	1 50,0%	10 31,3%	47 22,2%	78 29,3%	1 33,3%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	3 9,4%	42 19,8%	48 18,0%	0 ,0%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	1 50,0%	7 21,9%	45 21,2%	55 20,7%	1 33,3%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	7 21,9%	27 12,7%	47 17,7%	1 33,3%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	2 6,3%	3 1,4%	6 2,3%	0 ,0%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	0 ,0%	1 3,1%	22 10,4%	9 3,4%	0 ,0%	32 6,2%
	Total	Count % within Tempo que esteve com o seu médico durante as consultas	2 100,0%	32 100,0%	212 100,0%	266 100,0%	3 100,0%	515 100,0%

**Anexo 5 - A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde**

### A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde

- Nada Satisfeito
- Pouco Satisfeito
- Bastante Satisfeito
- Muito Satisfeito
- Não sei



Quais os estudos que tem \* A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde Crosstabulation

			A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	4 10,5%	8 3,8%	17 6,4%	0 ,0%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	1 2,6%	12 5,8%	9 3,4%	0 ,0%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	1 50,0%	11 28,9%	46 22,1%	78 29,5%	1 33,3%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	4 10,5%	44 21,2%	45 17,0%	0 ,0%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	1 50,0%	7 18,4%	44 21,2%	55 20,8%	2 66,7%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	9 23,7%	32 15,4%	41 15,5%	0 ,0%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	4 1,9%	7 2,7%	0 ,0%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	0 ,0%	2 5,3%	18 8,7%	12 4,5%	0 ,0%	32 6,2%
	Total	Count % within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	2 100,0%	38 100,0%	208 100,0%	264 100,0%	3 100,0%	515 100,0%

Sexo \* A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde Crosstabulation

			A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Sexo	Masculino	Count	0	11	92	106	1	210
		% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	28,9%	44,2%	40,2%	33,3%	40,8%
	Feminino	Count	2	27	116	158	2	305
		% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	100,0%	71,1%	55,8%	59,8%	66,7%	59,2%
Total		Count	2	38	208	264	3	515
		% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Idade \* A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde Crosstabulation

		A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	1	0	0	1
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	,0%	,5%	,0%	,0%	,2%
5 - 9	Count	0	0	0	2	0	2
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	,0%	,0%	,8%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	0	2	1	0	3
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	,0%	1,0%	,4%	,0%	,6%
15 - 19	Count	0	0	5	7	0	12
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	,0%	2,4%	2,7%	,0%	2,3%
20 - 24	Count	0	2	5	4	0	11
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	5,3%	2,4%	1,5%	,0%	2,1%
25 - 29	Count	1	1	14	12	0	28
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	50,0%	2,6%	6,7%	4,5%	,0%	5,4%
30 - 34	Count	0	6	24	12	0	42
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	15,8%	11,5%	4,5%	,0%	8,2%
35 - 39	Count	0	3	24	32	0	59
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	7,9%	11,5%	12,1%	,0%	11,5%
40 - 44	Count	0	2	22	25	0	49
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	5,3%	10,6%	9,5%	,0%	9,5%
45 - 49	Count	0	5	19	22	1	47
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	13,2%	9,1%	8,3%	33,3%	9,1%
50 - 54	Count	0	1	17	31	0	49
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	2,6%	8,2%	11,7%	,0%	9,5%
55 - 59	Count	1	3	10	23	0	37
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	50,0%	7,9%	4,8%	8,7%	,0%	7,2%
60 - 64	Count	0	6	13	22	1	42
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	15,8%	6,3%	8,3%	33,3%	8,2%
65 - 69	Count	0	0	17	26	0	43
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	,0%	8,2%	9,8%	,0%	8,3%
70 - 74	Count	0	4	15	23	1	43
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	10,5%	7,2%	8,7%	33,3%	8,3%
>= 75	Count	0	5	20	22	0	47
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	,0%	13,2%	9,6%	8,3%	,0%	9,1%
Total	Count	2	38	208	264	3	515
	% within A forma como os profissionais se interessaram pelos problemas de saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Anexo 6 - A preparação sobre o que esperar de  
especialistas e dos cuidados hospitalares**

Sexo \* A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares Crosstabulation

			A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Sexo	Masculino	Count	1	12	53	118	26	210
		% within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	6,3%	46,2%	37,3%	45,0%	37,7%	40,8%
	Feminino	Count	15	14	89	144	43	305
		% within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	93,8%	53,8%	62,7%	55,0%	62,3%	59,2%
Total		Count	16	26	142	262	69	515
		% within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quais os estudos que tem \* A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares Crosstabulation

			A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	1 6,3%	2 7,7%	6 4,2%	15 5,7%	5 7,2%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	0 ,0%	2 7,7%	8 5,6%	5 1,9%	7 10,1%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	9 56,3%	5 19,2%	40 28,2%	68 26,0%	15 21,7%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	1 6,3%	3 11,5%	26 18,3%	54 20,6%	9 13,0%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	4 25,0%	4 15,4%	33 23,2%	58 22,1%	10 14,5%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	1 6,3%	6 23,1%	16 11,3%	43 16,4%	16 23,2%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	0 ,0%	2 7,7%	2 1,4%	6 2,3%	1 1,4%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	0 ,0%	2 7,7%	11 7,7%	13 5,0%	6 8,7%	32 6,2%
Total	Count % within A preparação sobre o que esperar de especialidades e dos cuidados hospitalares	16 100,0%	26 100,0%	142 100,0%	262 100,0%	69 100,0%	515 100,0%	

## **Anexo 7 - As explicações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos**

Quais os estudos que tem \* As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos Crosstabulation

			As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	1 5,9%	2 7,4%	10 6,2%	15 5,0%	1 10,0%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	0 ,0%	1 3,7%	13 8,0%	8 2,7%	0 ,0%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	8 47,1%	6 22,2%	45 27,8%	75 25,1%	3 30,0%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	0 ,0%	4 14,8%	23 14,2%	64 21,4%	2 20,0%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	4 23,5%	3 11,1%	37 22,8%	64 21,4%	1 10,0%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	3 17,6%	8 29,6%	17 10,5%	51 17,1%	3 30,0%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	0 ,0%	2 7,4%	2 1,2%	7 2,3%	0 ,0%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	1 5,9%	1 3,7%	15 9,3%	15 5,0%	0 ,0%	32 6,2%
	Total	Count % within As explorações dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos	17 100,0%	27 100,0%	162 100,0%	299 100,0%	10 100,0%	515 100,0%

## **Anexo 8 - O exame que o médico lhe fez**

Sexo \* O exame que o médico lhe fez Crosstabulation

			O exame que o médico lhe fez					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Sexo	Masculino	Count	8	7	76	118	1	210
		% within O exame que o médico lhe fez	38,1%	29,2%	40,6%	42,9%	12,5%	40,8%
	Feminino	Count	13	17	111	157	7	305
		% within O exame que o médico lhe fez	61,9%	70,8%	59,4%	57,1%	87,5%	59,2%
Total		Count	21	24	187	275	8	515
		% within O exame que o médico lhe fez	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Idade \* O exame que o médico lhe fez Crosstabulation

		O exame que o médico lhe fez					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	1	0	0	1
	% within O exame que o médico lhe fez	,0%	,0%	,5%	,0%	,0%	,2%
5 - 9	Count	0	0	1	1	0	2
	% within O exame que o médico lhe fez	,0%	,0%	,5%	,4%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	0	2	0	1	3
	% within O exame que o médico lhe fez	,0%	,0%	1,1%	,0%	12,5%	,6%
15 - 19	Count	1	0	2	8	1	12
	% within O exame que o médico lhe fez	4,8%	,0%	1,1%	2,9%	12,5%	2,3%
20 - 24	Count	0	1	5	5	0	11
	% within O exame que o médico lhe fez	,0%	4,2%	2,7%	1,8%	,0%	2,1%
25 - 29	Count	1	1	15	10	1	28
	% within O exame que o médico lhe fez	4,8%	4,2%	8,0%	3,6%	12,5%	5,4%
30 - 34	Count	0	1	20	21	0	42
	% within O exame que o médico lhe fez	,0%	4,2%	10,7%	7,6%	,0%	8,2%
35 - 39	Count	1	1	19	38	0	59
	% within O exame que o médico lhe fez	4,8%	4,2%	10,2%	13,8%	,0%	11,5%
40 - 44	Count	2	2	21	23	1	49
	% within O exame que o médico lhe fez	9,5%	8,3%	11,2%	8,4%	12,5%	9,5%
45 - 49	Count	1	2	16	27	1	47
	% within O exame que o médico lhe fez	4,8%	8,3%	8,6%	9,8%	12,5%	9,1%
50 - 54	Count	1	2	16	29	1	49
	% within O exame que o médico lhe fez	4,8%	8,3%	8,6%	10,5%	12,5%	9,5%
55 - 59	Count	3	3	15	16	0	37
	% within O exame que o médico lhe fez	14,3%	12,5%	8,0%	5,8%	,0%	7,2%
60 - 64	Count	3	3	8	26	2	42
	% within O exame que o médico lhe fez	14,3%	12,5%	4,3%	9,5%	25,0%	8,2%
65 - 69	Count	3	1	14	25	0	43
	% within O exame que o médico lhe fez	14,3%	4,2%	7,5%	9,1%	,0%	8,3%
70 - 74	Count	2	4	16	21	0	43
	% within O exame que o médico lhe fez	9,5%	16,7%	8,6%	7,6%	,0%	8,3%
>= 75	Count	3	3	16	25	0	47
	% within O exame que o médico lhe fez	14,3%	12,5%	8,6%	9,1%	,0%	9,1%
Total	Count	21	24	187	275	8	515
	% within O exame que o médico lhe fez	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quais os estudos que tem \* O exame que o médico lhe fez Crosstabulation

			O exame que o médico lhe fez					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within O exame que o médico lhe fez	5 23,8%	4 16,7%	5 2,7%	15 5,5%	0 ,0%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within O exame que o médico lhe fez	0 ,0%	2 8,3%	10 5,3%	10 3,6%	0 ,0%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within O exame que o médico lhe fez	8 38,1%	5 20,8%	45 24,1%	76 27,6%	3 37,5%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within O exame que o médico lhe fez	0 ,0%	3 12,5%	39 20,9%	50 18,2%	1 12,5%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within O exame que o médico lhe fez	5 23,8%	1 4,2%	41 21,9%	60 21,8%	2 25,0%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within O exame que o médico lhe fez	3 14,3%	6 25,0%	31 16,6%	41 14,9%	1 12,5%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within O exame que o médico lhe fez	0 ,0%	0 ,0%	4 2,1%	7 2,5%	0 ,0%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within O exame que o médico lhe fez	0 ,0%	3 12,5%	12 6,4%	16 5,8%	1 12,5%	32 6,2%
	Total	Count % within O exame que o médico lhe fez	21 100,0%	24 100,0%	187 100,0%	275 100,0%	8 100,0%	515 100,0%

## **Anexo 9 - A atenção dispensada**

Sexo \* A atenção dispensada Crosstabulation

			A atenção dispensada					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Sexo	Masculino	Count	1	7	121	81	0	210
		% within A atenção dispensada	50,0%	35,0%	45,1%	36,2%	,0%	40,8%
	Feminino	Count	1	13	147	143	1	305
		% within A atenção dispensada	50,0%	65,0%	54,9%	63,8%	100,0%	59,2%
Total		Count	2	20	268	224	1	515
		% within A atenção dispensada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Idade \* A atenção dispensada Crosstabulation

		A atenção dispensada					Total	
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei		
Idade	< 1	Count	0	0	1	0	0	1
	% within A atenção dispensada	,0%	,0%	,4%	,0%	,0%	,2%	
	5 - 9	Count	0	0	1	1	0	2
	% within A atenção dispensada	,0%	,0%	,4%	,4%	,0%	,4%	
	10 - 14	Count	0	0	3	0	0	3
	% within A atenção dispensada	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,6%	
	15 - 19	Count	0	1	6	5	0	12
	% within A atenção dispensada	,0%	5,0%	2,2%	2,2%	,0%	2,3%	
	20 - 24	Count	0	0	8	3	0	11
	% within A atenção dispensada	,0%	,0%	3,0%	1,3%	,0%	2,1%	
	25 - 29	Count	0	0	22	6	0	28
	% within A atenção dispensada	,0%	,0%	8,2%	2,7%	,0%	5,4%	
	30 - 34	Count	0	4	24	14	0	42
	% within A atenção dispensada	,0%	20,0%	9,0%	6,3%	,0%	8,2%	
	35 - 39	Count	0	1	33	25	0	59
	% within A atenção dispensada	,0%	5,0%	12,3%	11,2%	,0%	11,5%	
	40 - 44	Count	1	2	29	17	0	49
	% within A atenção dispensada	50,0%	10,0%	10,8%	7,6%	,0%	9,5%	
	45 - 49	Count	0	3	25	19	0	47
	% within A atenção dispensada	,0%	15,0%	9,3%	8,5%	,0%	9,1%	
50 - 54	Count	0	1	26	22	0	49	
% within A atenção dispensada	,0%	5,0%	9,7%	9,8%	,0%	9,5%		
55 - 59	Count	1	1	18	17	0	37	
% within A atenção dispensada	50,0%	5,0%	6,7%	7,6%	,0%	7,2%		
60 - 64	Count	0	2	16	24	0	42	
% within A atenção dispensada	,0%	10,0%	6,0%	10,7%	,0%	8,2%		
65 - 69	Count	0	1	16	26	0	43	
% within A atenção dispensada	,0%	5,0%	6,0%	11,6%	,0%	8,3%		
70 - 74	Count	0	4	18	20	1	43	
% within A atenção dispensada	,0%	20,0%	6,7%	8,9%	100,0%	8,3%		
>= 75	Count	0	0	22	25	0	47	
% within A atenção dispensada	,0%	,0%	8,2%	11,2%	,0%	9,1%		
Total	Count	2	20	268	224	1	515	
% within A atenção dispensada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Quais os estudos que tem \* A atenção dispensada Crosstabulation

			A atenção dispensada					Total
			Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Quais os estudos que tem	Não sabe ler nem escrever	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	1 5,0%	10 3,7%	18 8,0%	0 ,0%	29 5,6%
	Só sabe ler e escrever	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	1 5,0%	11 4,1%	10 4,5%	0 ,0%	22 4,3%
	1º Ciclo ensino básico	Count % within A atenção dispensada	1 50,0%	3 15,0%	53 19,8%	79 35,3%	1 100,0%	137 26,6%
	2º Ciclo ensino básico	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	3 15,0%	59 22,0%	31 13,8%	0 ,0%	93 18,1%
	3º Ciclo ensino básico	Count % within A atenção dispensada	1 50,0%	6 30,0%	57 21,3%	45 20,1%	0 ,0%	109 21,2%
	Ensino secundário	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	5 25,0%	48 17,9%	29 12,9%	0 ,0%	82 15,9%
	Ensino Médio	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	0 ,0%	9 3,4%	2 ,9%	0 ,0%	11 2,1%
	Ensino Superior	Count % within A atenção dispensada	0 ,0%	1 5,0%	21 7,8%	10 4,5%	0 ,0%	32 6,2%
	Total	Count % within A atenção dispensada	2 100,0%	20 100,0%	268 100,0%	224 100,0%	1 100,0%	515 100,0%

## **Anexo 10 - O alívio rápido dos seus sintomas**

Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses \* O alívio rápido dos seus sintomas Crosstabulation

		O alívio rápido dos seus sintomas					Total	
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei		
Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses	0	Count	0	12	18	24	3	57
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	10,3%	14,3%	9,6%	21,4%	11,1%
	1	Count	1	18	37	73	9	138
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	14,3%	15,4%	29,4%	29,1%	64,3%	26,8%
	2	Count	1	23	36	58	1	119
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	14,3%	19,7%	28,6%	23,1%	7,1%	23,1%
	3	Count	2	19	16	41	0	78
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	28,6%	16,2%	12,7%	16,3%	,0%	15,1%
	4	Count	1	4	4	19	0	28
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	14,3%	3,4%	3,2%	7,6%	,0%	5,4%
	5	Count	0	2	0	7	1	10
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	1,7%	,0%	2,8%	7,1%	1,9%
	6	Count	0	20	6	18	0	44
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	17,1%	4,8%	7,2%	,0%	8,5%
	7	Count	0	1	1	0	0	2
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	,9%	,8%	,0%	,0%	,4%
	8	Count	0	3	1	0	0	4
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	2,6%	,8%	,0%	,0%	,8%
	9	Count	0	1	0	0	0	1
		% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	,9%	,0%	,0%	,0%	,2%
10	Count	1	2	1	3	0	7	
	% within O alívio rápido dos seus sintomas	14,3%	1,7%	,8%	1,2%	,0%	1,4%	
12	Count	1	11	6	7	0	25	
	% within O alívio rápido dos seus sintomas	14,3%	9,4%	4,8%	2,8%	,0%	4,9%	
18	Count	0	1	0	0	0	1	
	% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	,9%	,0%	,0%	,0%	,2%	
20	Count	0	0	0	1	0	1	
	% within O alívio rápido dos seus sintomas	,0%	,0%	,0%	,4%	,0%	,2%	
Total	Count	7	117	126	251	14	515	
	% within O alívio rápido dos seus sintomas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Anexo 11** - A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde

Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses \* A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde Crosstabulation

		A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde					Total	
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei		
Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses	0	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	1 7,1%	1 5,6%	18 10,2%	23 10,3%	14 17,1%	57 11,1%
	1	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	3 21,4%	5 27,8%	40 22,6%	63 28,1%	27 32,9%	138 26,8%
	2	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	3 21,4%	5 27,8%	44 24,9%	48 21,4%	19 23,2%	119 23,1%
	3	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	1 7,1%	1 5,6%	24 13,6%	42 18,8%	10 12,2%	78 15,1%
	4	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	1 7,1%	0 ,0%	11 6,2%	13 5,8%	3 3,7%	28 5,4%
	5	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	1 5,6%	5 2,8%	2 ,9%	2 2,4%	10 1,9%
	6	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	4 28,6%	5 27,8%	14 7,9%	17 7,6%	4 4,9%	44 8,5%
	7	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	1 ,6%	0 ,0%	1 1,2%	2 ,4%
	8	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	3 1,7%	1 ,4%	0 ,0%	4 ,8%
	9	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	1 7,1%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,2%
	10	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	2 1,1%	4 1,8%	1 1,2%	7 1,4%
	12	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	15 8,5%	9 4,0%	1 1,2%	25 4,9%
	18	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,4%	0 ,0%	1 ,2%
20	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,4%	0 ,0%	1 ,2%	
Total	Count % within A ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde	14 100,0%	18 100,0%	177 100,0%	224 100,0%	82 100,0%	515 100,0%	

## **Anexo 12 - A oferta de serviços de prevenção da doença**

Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses \* A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.) Crosstabulation

		A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)					Total	
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei		
Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses	0	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	3 20,0%	0 ,0%	15 10,1%	26 10,2%	13 14,9%	57 11,1%
	1	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	5 33,3%	3 33,3%	39 26,2%	70 27,5%	21 24,1%	138 26,8%
	2	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	3 33,3%	35 23,5%	64 25,1%	17 19,5%	119 23,1%
	3	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	4 26,7%	0 ,0%	23 15,4%	39 15,3%	12 13,8%	78 15,1%
	4	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	10 6,7%	14 5,5%	4 4,6%	28 5,4%
	5	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	1 ,7%	6 2,4%	3 3,4%	10 1,9%
	6	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	3 20,0%	2 22,2%	11 7,4%	18 7,1%	10 11,5%	44 8,5%
	7	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	1 ,7%	1 ,4%	0 ,0%	2 ,4%
	8	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	2 1,3%	1 ,4%	1 1,1%	4 ,8%
	9	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,1%	1 ,2%
	10	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	2 1,3%	4 1,6%	1 1,1%	7 1,4%
	12	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	1 11,1%	10 6,7%	10 3,9%	4 4,6%	25 4,9%
18	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,4%	0 ,0%	1 ,2%	
20	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,4%	0 ,0%	1 ,2%	
Total	Count % within A oferta de serviço de prevenção da doença (Ex.: rastreio, Vacinas, etc.)	15 100,0%	9 100,0%	149 100,0%	255 100,0%	87 100,0%	515 100,0%	

**Anexo 13 - A facilidade de marcar uma consulta que  
lhe sirva nesta USF**

Idade \* A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF Crosstabulation

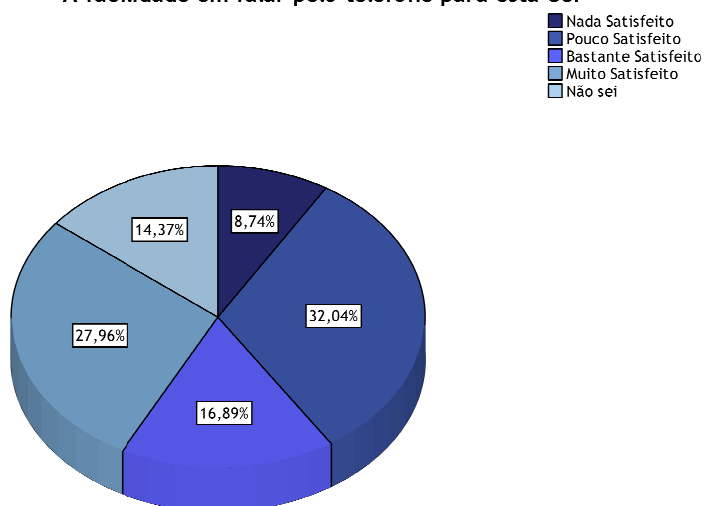
		A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	0	1	0	1
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	,0%	,0%	,7%	,0%	,2%
5 - 9	Count	0	1	1	0	0	2
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	,5%	,8%	,0%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	1	2	0	0	3
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	,5%	1,6%	,0%	,0%	,6%
15 - 19	Count	0	7	1	3	1	12
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	3,2%	,8%	2,0%	25,0%	2,3%
20 - 24	Count	0	6	2	3	0	11
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	2,7%	1,6%	2,0%	,0%	2,1%
25 - 29	Count	1	11	8	6	2	28
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	6,3%	5,0%	6,4%	4,1%	50,0%	5,4%
30 - 34	Count	2	19	8	13	0	42
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	12,5%	8,6%	6,4%	8,8%	,0%	8,2%
35 - 39	Count	1	34	10	14	0	59
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	6,3%	15,3%	8,0%	9,5%	,0%	11,5%
40 - 44	Count	1	31	7	10	0	49
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	6,3%	14,0%	5,6%	6,8%	,0%	9,5%
45 - 49	Count	2	21	12	12	0	47
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	12,5%	9,5%	9,6%	8,1%	,0%	9,1%
50 - 54	Count	3	15	16	15	0	49
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	18,8%	6,8%	12,8%	10,1%	,0%	9,5%
55 - 59	Count	1	16	11	9	0	37
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	6,3%	7,2%	8,8%	6,1%	,0%	7,2%
60 - 64	Count	0	16	8	17	1	42
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	7,2%	6,4%	11,5%	25,0%	8,2%
65 - 69	Count	0	16	12	15	0	43
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	,0%	7,2%	9,6%	10,1%	,0%	8,3%
70 - 74	Count	3	15	12	13	0	43
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	18,8%	6,8%	9,6%	8,8%	,0%	8,3%
>= 75	Count	2	13	15	17	0	47
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	12,5%	5,9%	12,0%	11,5%	,0%	9,1%
Total	Count	16	222	125	148	4	515
	% within A facilidade de marcar uma consulta que lhe sirva nesta USF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## Anexo 14 - A facilidade em falar pelo telefone para esta USF

**A facilidade em falar pelo telefone para esta USF**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nada Satisfeito	45	8,7	8,7	8,7
Pouco Satisfeito	165	32,0	32,0	40,8
Bastante Satisfeito	87	16,9	16,9	57,7
Muito Satisfeito	144	28,0	28,0	85,6
Não sei	74	14,4	14,4	100,0
Total	515	100,0	100,0	

**A facilidade em falar pelo telefone para esta USF**



Idade \* A facilidade em falar pelo telefone para esta USF Crosstabulation

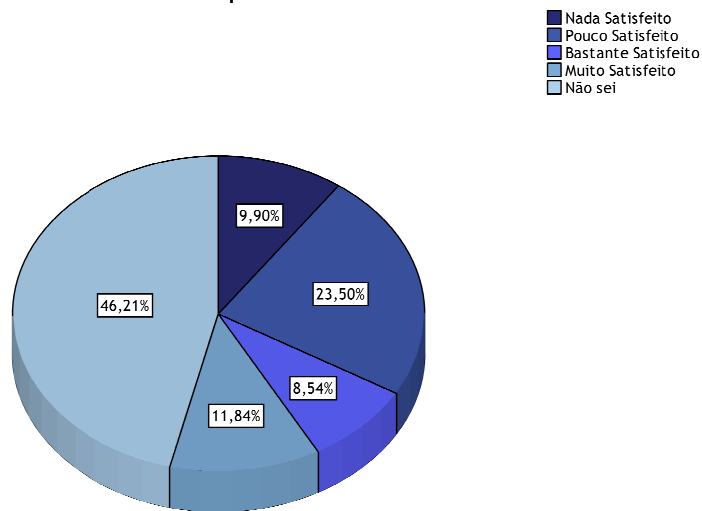
		A facilidade em falar pelo telefone para esta USF					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	0	0	1	1
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	,0%	,0%	,0%	,0%	1,4%	,2%
5 - 9	Count	0	0	1	1	0	2
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	,0%	,0%	1,1%	,7%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	0	1	0	2	3
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	,0%	,0%	1,1%	,0%	2,7%	,6%
15 - 19	Count	5	3	0	2	2	12
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	11,1%	1,8%	,0%	1,4%	2,7%	2,3%
20 - 24	Count	2	4	1	2	2	11
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	4,4%	2,4%	1,1%	1,4%	2,7%	2,1%
25 - 29	Count	1	10	7	5	5	28
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	2,2%	6,1%	8,0%	3,5%	6,8%	5,4%
30 - 34	Count	2	21	6	10	3	42
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	4,4%	12,7%	6,9%	6,9%	4,1%	8,2%
35 - 39	Count	6	28	10	12	3	59
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	13,3%	17,0%	11,5%	8,3%	4,1%	11,5%
40 - 44	Count	8	19	8	13	1	49
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	17,8%	11,5%	9,2%	9,0%	1,4%	9,5%
45 - 49	Count	3	21	9	12	2	47
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	6,7%	12,7%	10,3%	8,3%	2,7%	9,1%
50 - 54	Count	5	13	10	16	5	49
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	11,1%	7,9%	11,5%	11,1%	6,8%	9,5%
55 - 59	Count	3	11	7	11	5	37
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	6,7%	6,7%	8,0%	7,6%	6,8%	7,2%
60 - 64	Count	3	8	4	17	10	42
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	6,7%	4,8%	4,6%	11,8%	13,5%	8,2%
65 - 69	Count	2	11	9	13	8	43
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	4,4%	6,7%	10,3%	9,0%	10,8%	8,3%
70 - 74	Count	3	11	7	13	9	43
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	6,7%	6,7%	8,0%	9,0%	12,2%	8,3%
>= 75	Count	2	5	7	17	16	47
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	4,4%	3,0%	8,0%	11,8%	21,6%	9,1%
Total	Count	45	165	87	144	74	515
	% within A facilidade em falar pelo telefone para esta USF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## **Anexo 15 - A possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família**

**A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nada Satisfeito	51	9,9	9,9	9,9
Pouco Satisfeito	121	23,5	23,5	33,4
Bastante Satisfeito	44	8,5	8,5	41,9
Muito Satisfeito	61	11,8	11,8	53,8
Não sei	238	46,2	46,2	100,0
Total	515	100,0	100,0	

**A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família**



Idade \* A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família Crosstabulation

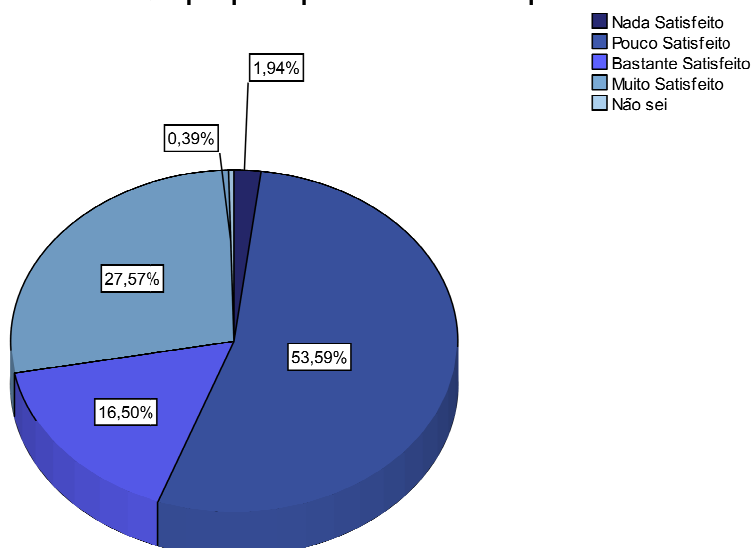
		A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família					Total
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	0	0	1	1
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	,2%
5 - 9	Count	0	0	0	1	1	2
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	,0%	,0%	,0%	1,6%	,4%	,4%
10 - 14	Count	0	0	0	0	3	3
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	,0%	,0%	,0%	,0%	1,3%	,6%
15 - 19	Count	5	3	0	0	4	12
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	9,8%	2,5%	,0%	,0%	1,7%	2,3%
20 - 24	Count	3	0	0	0	8	11
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	5,9%	,0%	,0%	,0%	3,4%	2,1%
25 - 29	Count	4	5	4	3	12	28
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	7,8%	4,1%	9,1%	4,9%	5,0%	5,4%
30 - 34	Count	2	14	3	9	14	42
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	3,9%	11,6%	6,8%	14,8%	5,9%	8,2%
35 - 39	Count	10	18	4	8	19	59
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	19,6%	14,9%	9,1%	13,1%	8,0%	11,5%
40 - 44	Count	9	18	4	6	12	49
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	17,6%	14,9%	9,1%	9,8%	5,0%	9,5%
45 - 49	Count	2	17	5	8	15	47
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	3,9%	14,0%	11,4%	13,1%	6,3%	9,1%
50 - 54	Count	5	9	10	5	20	49
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	9,8%	7,4%	22,7%	8,2%	8,4%	9,5%
55 - 59	Count	1	10	3	6	17	37
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	2,0%	8,3%	6,8%	9,8%	7,1%	7,2%
60 - 64	Count	4	5	2	7	24	42
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	7,8%	4,1%	4,5%	11,5%	10,1%	8,2%
65 - 69	Count	2	9	3	5	24	43
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	3,9%	7,4%	6,8%	8,2%	10,1%	8,3%
70 - 74	Count	3	11	1	2	26	43
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	5,9%	9,1%	2,3%	3,3%	10,9%	8,3%
>= 75	Count	1	2	5	1	38	47
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	2,0%	1,7%	11,4%	1,6%	16,0%	9,1%
Total	Count	51	121	44	61	238	515
	% within A facilidade de falar pelo telefone com o médico de família	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## **Anexo 16 - O tempo que esperou na sala de espera**

**O tempo que esperou na sala de espera**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada Satisfeito	10	1,9	1,9	1,9
	Pouco Satisfeito	276	53,6	53,6	55,5
	Bastante Satisfeito	85	16,5	16,5	72,0
	Muito Satisfeito	142	27,6	27,6	99,6
	Não sei	2	,4	,4	100,0
	Total	515	100,0	100,0	

**O tempo que esperou na sala de espera**

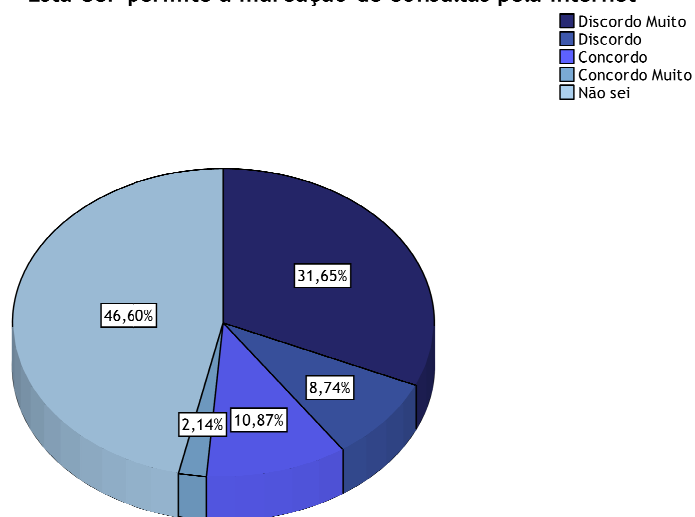


**Anexo 17** - Esta USF permite a marcação de consultas pela internet

**Esta USF permite a marcação de consultas pela internet**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Muito	163	31,7	31,7	31,7
	Discordo	45	8,7	8,7	40,4
	Concordo	56	10,9	10,9	51,3
	Concordo Muito	11	2,1	2,1	53,4
	Não sei	240	46,6	46,6	100,0
	Total	515	100,0	100,0	

**Esta USF permite a marcação de consultas pela internet**

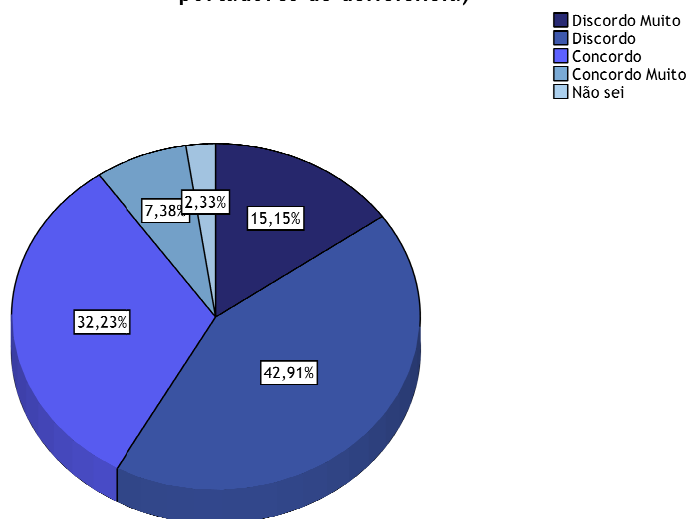


**Anexo 18** - Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores

**Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Muito	78	15,1	15,1	15,1
	Discordo	221	42,9	42,9	58,1
	Concordo	166	32,2	32,2	90,3
	Concordo Muito	38	7,4	7,4	97,7
	Não sei	12	2,3	2,3	100,0
	Total	515	100,0	100,0	

**Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)**



Idade \* Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência) Crosstabulation

		Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)					Total
		Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei	
Idade < 1	Count	0	0	1	0	0	1
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	,0%	,0%	,6%	,0%	,0%	,2%
5 - 9	Count	1	0	1	0	0	2
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	1,3%	,0%	,6%	,0%	,0%	,4%
10 - 14	Count	0	1	2	0	0	3
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	,0%	,5%	1,2%	,0%	,0%	,6%
15 - 19	Count	1	7	3	1	0	12
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	1,3%	3,2%	1,8%	2,6%	,0%	2,3%
20 - 24	Count	1	8	2	0	0	11
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	1,3%	3,6%	1,2%	,0%	,0%	2,1%
25 - 29	Count	5	12	6	5	0	28
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	6,4%	5,4%	3,6%	13,2%	,0%	5,4%
30 - 34	Count	13	13	10	5	1	42
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	16,7%	5,9%	6,0%	13,2%	8,3%	8,2%
35 - 39	Count	12	25	14	7	1	59
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	15,4%	11,3%	8,4%	18,4%	8,3%	11,5%
40 - 44	Count	8	23	16	2	0	49
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	10,3%	10,4%	9,6%	5,3%	,0%	9,5%
45 - 49	Count	8	18	16	3	2	47
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	10,3%	8,1%	9,6%	7,9%	16,7%	9,1%
50 - 54	Count	7	23	12	7	0	49
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	9,0%	10,4%	7,2%	18,4%	,0%	9,5%
55 - 59	Count	8	12	15	1	1	37
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	10,3%	5,4%	9,0%	2,6%	8,3%	7,2%
60 - 64	Count	3	26	11	2	0	42
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	3,8%	11,8%	6,6%	5,3%	,0%	8,2%
65 - 69	Count	3	18	17	2	3	43
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	3,8%	8,1%	10,2%	5,3%	25,0%	8,3%
70 - 74	Count	6	18	17	1	1	43
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	7,7%	8,1%	10,2%	2,6%	8,3%	8,3%
>= 75	Count	2	17	23	2	3	47
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	2,6%	7,7%	13,9%	5,3%	25,0%	9,1%
Total	Count	78	221	166	38	12	515
	% within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses \* Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência) Crosstabulation

			Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)					Total
			Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei	
Quantas mais vezes foi a esta USF nos últimos 6 meses	0	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	12 15,4%	26 11,8%	16 9,6%	2 5,3%	1 8,3%	57 11,1%
	1	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	22 28,2%	66 29,9%	36 21,7%	12 31,6%	2 16,7%	138 26,8%
	2	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	18 23,1%	40 18,1%	46 27,7%	13 34,2%	2 16,7%	119 23,1%
	3	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	8 10,3%	34 15,4%	26 15,7%	7 18,4%	3 25,0%	78 15,1%
	4	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	4 5,1%	6 2,7%	14 8,4%	3 7,9%	1 8,3%	28 5,4%
	5	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	0 ,0%	5 2,3%	5 3,0%	0 ,0%	0 ,0%	10 1,9%
	6	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	5 6,4%	29 13,1%	8 4,8%	1 2,6%	1 8,3%	44 8,5%
	7	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	2 2,6%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,4%
	8	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	1 1,3%	1 ,5%	1 ,6%	0 ,0%	1 8,3%	4 ,8%
	9	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,2%
	10	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	0 ,0%	3 1,4%	3 1,8%	0 ,0%	1 8,3%	7 1,4%
	12	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	5 6,4%	10 4,5%	10 6,0%	0 ,0%	0 ,0%	25 4,9%
	18	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	0 ,0%	0 ,0%	1 ,6%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,2%
	20	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,2%
Total	Count % within Esta USF responde às necessidades especiais dos utilizadores (Crianças, idosos e portadores de deficiência)	78 100,0%	221 100,0%	166 100,0%	38 100,0%	12 100,0%	515 100,0%	