

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NAS UNIDADES
MÓVEIS DE SAÚDE**

Alexandra Isabel Pais Carlos Balsas

Dissertação de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, ISCTE Business School,
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

outubro 2013

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NAS UNIDADES
MÓVEIS DE SAÚDE

Alexandra Isabel Pais Carlos Balsas

Dissertação de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, ISCTE Business School,
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

outubro 2013

“Ouvir o utente, ouvir o ‘sem voz’, não só passará a ser uma necessidade da qualidade que sonhamos, mas um resgate e um aperfeiçoamento de sua dignidade como cidadão e consumidor”.

Gerson Noronha Filho (1990:62)

Resumo

O presente estudo pretende avaliar a satisfação dos utentes das Unidades Móveis de Saúde, liderado pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Programa Saúde Mais Próxima.

Neste estudo procurou-se analisar a satisfação dos utentes das Unidades Móveis de Saúde em várias dimensões, desde a interação com os diferentes tipos de elementos das Unidades Móveis de Saúde (profissionais de saúde, auxiliares, etc.), às instalações, aos aspetos de atendimento, etc.

Tivemos em consideração os contributos teóricos e práticos oriundos dos programas das disciplinas do curso de modo a realizar todo o processo de investigação, bem como a criação do questionário e a análise dos dados.

Criou-se um questionário e, após a sua formulação, efetuou-se um pré-teste para validar o questionário. Concluído este procedimento passou-se à implementação do questionário nas Unidades Móveis de Saúde obtendo um total 586 de questionários que foram inseridos e analisados pela ferramenta *IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics*.

Os resultados demonstram que os utentes das Unidades Móveis de Saúde avaliam favoravelmente os cuidados de saúde. As dimensões com maior atribuição dizem respeito à avaliação dos profissionais de saúde.

Os níveis mais baixos de satisfação, embora positivos, dizem respeito ao fator instalações físicas das Unidades Móveis de Saúde. Apesar disso, não se pode dizer que a avaliação feita pelos utentes seja negativa relativamente ao conforto das instalações da sala de espera e ao conforto das instalações da sala de consulta.

Os utentes das Unidades Móveis de Saúde desejam voltar a estas e encontram-se totalmente satisfeitos em termos globais.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, Unidades Móveis de Saúde, satisfação de utentes e qualidade em saúde.

JEL: I12 - Health Production e P36 – Consumer Economics; Health, Education, Welfare, and Poverty

Abstract

The purpose of this paper is to analyse the satisfaction degree of patients of the Health Mobile Unities (Unidades Móveis de Saúde), leaded by Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Programa Saúde Mais Próxima.

In this study, we sought out to analyse the Health Mobile Unities patients' satisfaction towards multiple dimensions, namely the interaction with the different Health Mobile Unities elements (health professionals, assistants, etc.), installations, reception aspects, etc.

We have taken into account the theoretical and practical contributions given in the syllabus of the academic course in order to accomplish the entire research process such as the creation of the survey and the data analysis.

We created and performed a series of surveys as a data collecting instrument. We have done a pre-test in order to validate it. The final survey was conducted on the Health Mobile Unities, gathering a total of 586 surveys which were analysed using the statistical analytical tool - IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics.

The results show that the Health Mobile Unities' patients evaluated positively the Health Mobile Unities. Their better attribution focused the health professionals.

The lowest results referred the installations. However, it is not possible to infer that the Health Mobile Unities patients' assessment concerning the comfort of waiting or the consulting rooms.

The Health Mobile Unities' patients want to return and they are globally satisfied.

JEL: I12 - Health Production e P36 – Consumer Economics; Health, Education, Welfare, and Poverty

Key Words: primary health care, Health Mobile Unities, patients' satisfaction and health quality.

Agradecimentos

O presente trabalho não seria possível sem o apoio e disponibilidade de todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a sua concretização. Contudo, aos que mais de perto me acompanharam deixo aqui uma particular referência:

- Aos meus pais, estando sempre presentes, a incentivar e a apoiar nesta minha caminhada como pessoa e profissional de saúde.
- A Maria de Céu Melo pelo seu esforço, disponibilidade e dedicação em me auxiliar com o seu saber;
- Ao meu namorado David, por existir, por me compreender e me apoiar sempre nos piores e nos melhores momentos;
- Ao Professor Doutor José Crespo Carvalho, pelas sugestões, incentivo e simpatia demonstrados ao longo de todo o período de investigação;
- Aos meus amigos, por acreditarem em mim e me incentivarem a realizar mais esta etapa na minha caminhada pessoal e profissional, mas especialmente à Sofia por todo o apoio e amizade incondicional.
- À minha equipa da Unidade Móvel- Saúde Mais Próxima pelas palavras de conforto.
- À minha coordenadora por todo o apoio que me deu para poder realizar este estudo.
- Aos utentes que fizeram parte da amostra deste estudo.
- Um especial agradecimento ao meu falecido avô a quem tenho uma grande estima.

Numa palavra...muito “obrigado”.

Índice Geral

Índice de Figuras	vi
Índice de Quadros	vi
Índice de Tabelas	vi
Lista de Abreviaturas e Siglas	vii
Sumário Executivo	viii
1 Introdução	10
2 Revisão de Literatura	12
2.1 Cuidados de Saúde Primários	12
2.1.1 <i>Unidades Móveis de Saúde- Programa Saúde Mais Próxima</i>	14
2.2 Satisfação do utente nos serviços de saúde: conceito	16
2.2.1 <i>A satisfação dos utentes como indicador da qualidade dos cuidados</i>	18
2.2.2 <i>As dimensões da satisfação</i>	22
2.2.3 <i>Fatores que influenciam a satisfação dos utentes</i>	24
2.2.4 <i>Avaliar a satisfação nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses</i>	25
2.3 Qualidade em Saúde: conceitos e avaliação	32
2.4 Medir a qualidade e satisfação em <i>service</i>	38
3 Metodologia de investigação	44
3.1 Objetivos da investigação	44
3.2 Questões de investigação	45
3.3 Tipo de estudo e Desenho de Investigação	45
3.4 Identificação da população e amostra em estudo	46
3.5 Dimensões a estudar	47
3.6 Instrumento de Recolha de Dados	48
3.6.1 <i>Descrição do Instrumento de Recolha de Informação e Tratamento de Informação</i>	48

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

3.6.2	<i>Escalas de avaliação</i>	50
3.6.3	<i>Validação do questionário</i>	51
3.7	Aplicação do questionário	51
3.8	Recolha, armazenamento, análise e apresentação dos dados	52
3.8.1	<i>Validação do questionário</i>	52
3.8.2	<i>Análise das respostas</i>	53
3.8.3	<i>Procedimentos formais e éticos referentes à colheita de dados</i>	53
3.8.4	<i>Apresentação e Fiabilidade e validade dos dados</i>	53
4	Análise de dados e resultados	58
4.1	Caraterização sociodemográfica dos utentes inquiridos	58
4.2	Análise das frequências absolutas e relativas	61
5	Considerações Finais	67
6	Referências Bibliográficas	70
7	Anexos	76

Índice de Figuras

Ilustração 1- Gabinetes de atendimento (1 e 2)	15
Ilustração 2- Sala de Espera	15

Índice de Quadros

Quadro 1- Conceitos de satisfação no setor dos cuidados de saúde	17
Quadro 2- Dimensão da satisfação- Contributos de vários estudos	23
Quadro 3- Dimensões das áreas - Necessidades dos utentes	40
Quadro 4 - Opiniões /sugestões dos utentes	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 -Matriz de correlação de aspetos do atendimento (n=586)	54
Tabela 2 -Matriz de correlação do fator instalações físicas	55
Tabela 3-Matriz de correlação do fator instalações físicas	55
Tabela 4 -Matriz de correlação da equipa de enfermagem (N=586)	56
Tabela 5 -Fator de correlação da equipa médica (n=586)	56
Tabela 6 -Distribuição das frequências absolutas; M e DP - Aspetos de Atendimento	61
Tabela 7-Distribuição das frequências absolutas; M e DP - Instalações físicas (n=586)	62
Tabela 8 -Distribuição das frequências absolutas, M e DP - Profissionais de Saúde (n=586)	62
Tabela 9- Distribuição das frequências absolutas, M e DP - Satisfação Global (n=586)	63
Tabela 10 -Distribuição das frequências absolutas - Vinda anterior à UMS (n=586)	64
Tabela 11 -Distribuição das frequências absolutas - Voltar às UMS no futuro (n=586)	65

Lista de Abreviaturas e Siglas

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DP- Desvio Padrão

ECSI – *European Customer Satisfaction Index*

EFQM- *European Foundation for Quality Management*

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

EUROPEP – *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*

F- Frequência

GPAQ- *The General Assessment Questionnaire*

GPAS – *The General Practice Assessment Survey*

M- Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCAS - *Primary Care Assessment Survey*

PSMP- Programa Saúde Mais Próxima

PSQ – *Patient Satisfaction Questionnaire*

SCML- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UMS- Unidades Móveis de Saúde

α - Alfa

Sumário Executivo

De acordo com Pereira G. *et al* (2001:70) a satisfação do utente “é o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos”.

O objetivo deste trabalho foi analisar o grau de satisfação dos utentes das Unidades Móveis de Saúde (SCML), liderado pela Santa Casa Misericórdia de Lisboa (SCML) – Programa Saúde Mais Próxima (PSMP), a decorrer desde maio de 2012 na zona de Lisboa. Foram escolhidas as Unidades Móveis de Saúde (UMS) do PSMP devido à facilidade de acesso às mesmas, tendo em conta o trabalho direto realizado nas mesmas.

O PSMP consiste num programa de rastreio itinerante da SCML especificamente direcionado para a população de Lisboa e consiste em ações de rastreio e de sensibilização. O objetivo principal é conhecer o estado de saúde da população da cidade de Lisboa, identificando possíveis alterações do estado de saúde da pessoa, fazer um seguimento posterior e promovendo estilos de vida e comportamentos saudáveis.

Este estudo pretendeu identificar e caracterizar o grau de satisfação dos utentes, demonstrando a importância destas UMS como uma mais-valia na sociedade portuguesa, complementando os serviços desenvolvidos pelos centros de saúde (cuidados de saúde primários - CSP).

O Estudo

Para a realização deste trabalho criou-se um questionário-padrão como instrumento de recolha de dados dos utentes das UMS, que foi antecedido por uma pesquisa na literatura científica referente aos questionários dirigidos para a avaliação da satisfação dos utentes sobre a prestação dos serviços, particularmente na área da saúde. A construção destes questionários baseou-se nos seguintes modelos: o modelo ECSI, o Projeto ComuniCare, o SERVQUAL, o GPAQ, o EUROPEP e o PSQ.

Aplicou-se um pré-teste a 24 utentes para validar o questionário, o qual demonstrou a inexistência de dúvidas na compreensão e no preenchimento do questionário.

Não sendo necessário alterar a versão utilizada, após esta validação aplicou-se e recolheram-se os dados de 586 utentes. Esta informação foi digitalizada e importada para ferramenta de análise de estatísticas - SPSS (*Statistical Package for the Social Siences*).

Resultados

Os resultados mostraram que o nível mais elevado de satisfação é relativamente aos profissionais de saúde, com 85,7% a 87,9% das respostas a situarem-se nos diversos itens que medem esta dimensão no ponto da escala correspondente a totalmente satisfeito.

Acresce referir que os utentes demonstraram menores níveis de satisfação no que é referente às instalações físicas das UMS. Contudo, quase 50% da amostra demonstrou estar totalmente satisfeita relativamente ao conforto das instalações da sala de espera e ao conforto das instalações da sala de consulta.

Sobre o grau de satisfação global, 61,3% dos utentes referem estar totalmente satisfeitos com o serviço e 20,3% respondeu que já estiveram anteriormente presentes nas UMS. Trata-se de um resultado positivo uma vez que as UMS circulam pela cidade de Lisboa e pretendem garantir, da melhor forma possível, o seguimento de quem as procura.

Relativamente à hipótese de voltar a usar o serviço das UMS, 99,8% indicou a sua intenção de voltar a utilizar os serviços das UMS.

1 Introdução

Machado e Nunes (2007) referem que a qualidade dos cuidados de saúde está dependente de fatores como a sistematização e a formalização de metodologias, o estabelecimento claro de objetivos, indicadores e metas que possibilitem a avaliação do desempenho e da eficácia e eficiência dos mesmos através da monitorização dos resultados obtidos.

A defesa da valorização da opinião dos utentes sobre os serviços de saúde como fontes de informação necessárias ao controlo da sua qualidade tem vindo a ter uma visibilidade pública crescente, já que se reconhece que ela permite a identificação dos problemas e o desenhar posterior de soluções, de forma a melhorar a qualidade do serviço de saúde (Santos, 1993). Por esta razão, é fundamental que os serviços de saúde façam com alguma periodicidade a auscultação da opinião dos utentes de modo a detetar possíveis ineficiências da organização e adotar novas medidas de forma a satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utentes.

Taylor *et al* (1981) e Bocarino (1992) referem que os dados que se adquirem através dos inquéritos aos utentes podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. É fundamental conhecer, do ponto de vista do utente, os fatores determinantes da sua satisfação face aos cuidados de saúde prestados, as dimensões mais valorizadas nas UMS e o que nelas deve ser alterado em termos de organização e de funcionamento.

O trabalho realizado nas UMS do PSMP é um projeto ainda recente que surgiu com a seguinte finalidade: a promoção da saúde sensibilizando as pessoas para a importância da sua vigilância de saúde fazendo com que adquiram sobre ela um maior conhecimento e, desta forma, incentivar as pessoas a mudarem comportamentos.

O tema do nosso estudo é analisar a satisfação dos utentes na unidade móvel, dado que se atribuiu relevância à sua opinião sobre a pertinência das UMS, e entender quais são os fatores de satisfação/insatisfação dos utentes. A relação entre a assistência nas UMS e a satisfação dos utentes origina a seguinte questão:

Os utentes estão satisfeitos com as Unidades Móveis de Saúde?

Os objetivos traçados para este estudo de investigação foram os seguintes:

1. Construção de um questionário que permita avaliar a satisfação dos utentes;
2. Analisar as características sociodemográficas dos utentes;
3. Identificar o grau de satisfação dos utentes das UMS relativamente: a) ao atendimento das UMS; b) às instalações das UMS; c) aos profissionais de saúde; d) ao serviço prestado nas UMS.

Para uma melhor compreensão do estudo, este mesmo encontra-se dividido por capítulos:

- No primeiro capítulo, referente à revisão de literatura, são abordados temas relevantes para a temática em estudo: os cuidados de saúde primários, a satisfação de utentes como indicador da qualidade de cuidados de saúde e os fatores que influenciam a satisfação de acordo com diferentes estudos e seus autores. São ainda mostrados resultados de alguns estudos de satisfação de utentes dos CSP realizados a nível nacional na última década. Também se aborda a qualidade de cuidados e sua avaliação, terminando com os modos de medir a qualidade e satisfação em serviço.
- O segundo capítulo é dirigido às opções metodológicas do estudo. Aqui é apresentada a caracterização do estudo, nomeadamente os objetivos de investigação e questões, o tipo de estudo, a população e amostra, as dimensões a estudar, e o instrumento de recolha de dados utilizado.
- A análise de dados e resultados encontram-se no terceiro capítulo, seguida das considerações finais no quarto capítulo.

2 Revisão de Literatura

Iniciaremos a revisão de literatura focando os seguintes aspetos: os cuidados de saúde primários, uma breve descrição das UMS do PSMP, o conceito de satisfação, a satisfação dos utentes como indicador da qualidade dos cuidados, as dimensões da satisfação, os fatores que influenciam a satisfação dos utentes, a qualidade em saúde: conceitos e avaliação; e a medição da qualidade e satisfação em serviço.

2.1 Cuidados de Saúde Primários

A organização Mundial de Saúde (OMS) tem encarado os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como fundamentais para um sistema de saúde, e considerados como as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde das populações. Atualmente, eles são o alicerce do sistema nacional de saúde e representam tanto em Portugal como em muitos outros países, principalmente os europeus, a porta de entrada para a prestação de cuidados.

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 permitiu que os CSP cobrissem o território nacional, tendo o início da sua implementação sido feito na década de 70. Desde então, tem encarado muitas dificuldades e ocorrido tentativas de reforma para dar resposta aos diversos problemas da organização, assim como estruturais e burocráticos (Biscaia *et al*, 2008).

Mais recentemente, regista-se uma deterioração da capacidade de prestar cuidados e um aumento na desmotivação dos profissionais, devido ao modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, à exagerada centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, e ao aumento da discrepância entre os recursos humanos existentes nos CSP e os cuidados secundários e o sistema remuneratório sem prémios para os melhores desempenhos (Miguel e Sá, 2010).

Relativamente à prestação de cuidados, principalmente a um nível macro que incide sobre a evolução de todo o sistema de saúde, as falhas ao nível dos modelos de gestão e organização dos CSP (Barbosa, 2009) têm gerado consequências negativas.

A implementação dos CSP tem ganhos em saúde, sendo exemplo deste facto, os indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil,

neonatal e perinatal comparando com outros países (Biscaia *et al*, 2008; Miguel e Sá, 2010).

O relatório de 2008 da OMS incentivou todos os países a encaminharem os seus sistemas de saúde para uma base consistente de CSP, uma vez que os sistemas de saúde mais direcionados para os cuidados primários promovem melhores níveis de saúde da população, a menor custo e com um impacto mais igualitário (Starfield, 2009), contribuindo para uma maior satisfação por parte dos utentes e uma utilização mais adequada dos serviços (Atun, 2004; Biscaia *et al*, 2008).

Em Portugal, a evolução crescente dos problemas de saúde comunitários e a prestação de cuidados de saúde teve como consequência a tomada de consciência da necessidade de reestruturar as instituições e os seus métodos de trabalho. Apenas em 2005 se iniciou o processo de reforma dos CSP, com o principal objetivo de reconfigurar os centros de saúde através de políticas de saúde adaptadas, e formar um novo modelo de organização dos CSP mais perto dos cidadãos e também mais eficiente. Para além da acessibilidade e eficiência, também se ambicionou aumentar a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde e dos profissionais de saúde, e ainda melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados (Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012; Pisco, 2007). A reforma é vista como uma alavanca para a seguimento defensável do SNS, na estruturação de respostas efetivas, dirigida para “ganhos em saúde” (Correia, 2010).

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários, criada por decisão do Conselho de Ministros nº157/2005 e na dependência direta do Ministério da Saúde, teve por objetivo implementar o projeto global de impulso da reforma, coordenar e acompanhar a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e ainda criar as unidades de saúde familiar. A etapa marcada temporalmente para o período 2005-2010 foi assumida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, e quando cessou o seu mandato o Ministério da Saúde instruiu uma nova entidade, a Coordenação Estratégica com o objetivo de criar um impulso e retorquir aos novos desafios da reforma.

Nos dias de hoje, além das entidades supramencionadas, as UMS são outras entidades que prestam cuidados de saúde primários, como é o caso do PSMP.

2.1.1 Unidades Móveis de Saúde- Programa Saúde Mais Próxima

O PSMP é o programa itinerante da SCML, que nasceu em maio de 2012, que pretende ir ao encontro da população de Lisboa, percorrendo os bairros históricos e municipais da cidade de Lisboa para realizar ações de rastreio e de sensibilização das patologias que afetam uma maior percentagem da população portuguesa.

O objetivo geral do PSMP:

- Conhecer o estado de saúde da população da cidade de Lisboa.

Os objetivos específicos delineados são os seguintes:

- Desenvolver ações de rastreio e sensibilização para problemáticas diversas na área da saúde;
- Identificar possíveis alterações do estado de saúde da pessoa;
- Encaminhar as alterações identificadas para o médico assistente;
- Fazer o seguimento das situações referenciadas;
- Promover estilos de vida e comportamentos saudáveis.

As campanhas de sensibilização já realizadas centraram-se nas doenças respiratórias, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose e, mais recentemente, cancro da pele.

De seguida, aborda-se alguns aspetos, nomeadamente, a estrutura física das UMS, a equipa multidisciplinar; o horário de funcionamento e o processo de atendimento.

2.1.1.1 Estrutura física das UMS

As UMS são constituídas por dois gabinetes (gabinete 1 e gabinete 2), uma sala de espera, uma casa de banho e uma arrecadação.

➤ Gabinetes de atendimento:

Espaço onde decorrem os atendimentos de enfermagem e médicos.



Ilustração 1- Gabinetes de atendimento (1 e 2)

➤ Sala de Espera

A sala de espera corresponde ao espaço livre das UMS que é utilizado pelas pessoas para aguardarem pela sua vez.



Ilustração 2- Sala de Espera

2.1.1.2 *Equipa Multidisciplinar*

A equipa do SMP é construída por 9 enfermeiras, 1 nutricionista, 3 auxiliares e 4 motoristas fixos. Dependendo da temática, conta-se com a participação de outros profissionais de saúde, nomeadamente, da equipa médica.

2.1.1.3 *Horário de funcionamento*

As UMS estão em funcionamento no período entre as 10h e as 19h.

2.1.1.4 *Processo de Atendimento:*

Quando o utente se desloca até junto das UMS, um auxiliar explica em que consiste o rastreio e todo o processo posterior. O acolhimento da pessoa nas UMS é um procedimento fundamental, pois é facilitador da sua integração no âmbito do rastreio e na construção de uma relação entre o mesmo e a equipa de saúde. O primeiro contacto é essencial para a construção da imagem do programa, contribuindo também para a definição do grau de cooperação e satisfação da pessoa.

Seguidamente, o utente é recebido por uma enfermeira na sala de espera, a qual continua o processo de acolhimento. Posteriormente, esta encaminha o utente para o gabinete 1 ou 2, onde se encontra outra enfermeira e, em alguns temas, também o médico. Nesta segunda fase, é realizada a anamnese, a avaliação dos parâmetros adequados à temática vigente e são realizados ensinamentos de acordo com as necessidades do utente. Quando é necessário, este último é referenciado para o CS ou instituição de saúde onde é acompanhado.

2.2 Satisfação do utente nos serviços de saúde: conceito

A satisfação dos utentes é considerada como um dos objetivos primordiais dos serviços de saúde, e cada vez mais tem vindo a ocupar um lugar importante na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

Este facto deve-se à demonstração de que a satisfação dos utentes influencia os comportamentos de saúde, os resultados dos cuidados de saúde obtidos e a importância dada ao papel do utente.

Pisco (2003) refere que a satisfação é uma dimensão dos cuidados prestados sendo uma medida relevante de resultados na avaliação das consultas e na comunicação entre utilizadores e profissionais de saúde. Quando usada sistematicamente facilita a escolha entre possíveis modelos organizativos e de prestação de saúde.

Para Weinsing *et al* (1997) cit. Ferreira, Raposo e Godinho (2005), o conceito de satisfação é uma avaliação subjetiva de diferentes aspetos positivos e negativos na prestação de cuidados. Na tabela seguinte podemos ver como ao longo do tempo, este

conceito foi abordado no setor dos cuidados de saúde salientando algumas das ideias-chave que foram sendo salientadas:

Autor / Ano	Ideias /contributos
Woodside <i>et al</i> (1989)	- A perceção que o utente tem sobre a qualidade do serviço influencia a sua satisfação. - A satisfação do utente é sinónima do seu agrado (ou desagrado) com o serviço.
Fisk <i>et al</i> (1990)	- A satisfação é efeito quando a experiência vai de encontro ao que o utente tem de expetativas.
Nelson (1990)	- A satisfação do utente pode-se determinar através de quatro variáveis: a satisfação com o resultado, a continuidade dos cuidados, as expetativas dos utentes e a comunicação utente-médico.
Turner e Louis (1995)	- A satisfação é o resultado das expetativas concretizadas, ou seja, é a discrepância entre os desejos individuais e as experiências reais que são proporcionais ao que cada um ambiciona.
Kotler (2000)	- A perceção é um processo em que o utente seleciona, organiza e interpreta informação criando uma imagem determinada.

Quadro 1- Conceitos de satisfação no setor dos cuidados de saúde
(Verma e Sobti, 2002, Adapt.)

Dado o uso indiferenciado feito na linguagem de senso comum, Vinagre e Neves (2008) clarificaram que a satisfação e a qualidade de serviço são construções diferentes, e como tal, podem ser definidas e avaliadas de formas diferentes. A principal diferença entre ambas é que a satisfação é um júzo ou avaliação que se refere a um resultado-padrão, que envolve diversas dimensões específicas do serviço prestado, sendo mais evidenciada por sinais exteriores, como por exemplo, o preço ou a reputação. Ela é vista como uma resposta global no qual os consumidores referem os seus níveis de prazer baseada no serviço que é prestado em função de experiências vivenciadas no passado que foram marcadas por sinais conceptuais, como a equidade, lamentos, etc.

A perceção da qualidade está associada a uma transação específica ou à experiência de serviço, mas tende a permanecer mais tempo do que a satisfação que é o reflexo de uma experiência do serviço transitória (Vinagre e Neves, 2008).

Para Monteiro *cit. in* Ribeiro (2003), a satisfação de um utente pode traduzir deste modo: 1) uma atitude face ao sistema de saúde em geral; 2) uma reacção a uma

instituição de saúde ou a um comportamento do prestador de cuidados; 3) uma avaliação pessoal de uma experiência real da prestação de cuidados. (Ribeiro, 2003)

2.2.1 A satisfação dos utentes como indicador da qualidade dos cuidados

Nos últimos tempos tem-se constatado um aumento crescente pelo interesse de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, facto determinado por uma maior consciência dos utentes face à sua saúde e aos seus direitos sociais. Para tal tem sido importante o papel de informação e divulgação dos *Media* que nos seus produtos cobrem esta larga temática.

Segundo OMS, a qualidade em saúde é “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria continuada da qualidade dos cuidados” (WHO, 2000).

Por outro lado, as instituições de saúde enaltecem cada vez mais as avaliações dos cuidados de saúde que são feitas pelos utentes, envolvendo-os em atividades de escolha de opções relativamente ao seu estado de saúde, que contribuam para a garantia da qualidade nos cuidados de saúde (Ferreira, 2000).

Para Chastonay e Mpinga (2011), escutar a opinião dos utentes é uma necessidade democrática e, em concordância com o conceito de participação, que é uma característica central para uma sociedade harmoniosa e funcional. A participação dos pacientes recupera a confiança nos Serviços de Saúde, melhorando a sua performance e, como tal, contribuindo para uma coesão social.

Reconhece-se como objetivo basilar que os serviços de saúde devem propiciar cuidados de saúde adequados, pretendendo obter o máximo da satisfação dos seus utentes. O sucesso desejado depende da sua aptidão em recrutar e organizar os meios e recursos essenciais à realização de serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas dos seus utentes. Para tal, só o esforço concertado de todos os profissionais de saúde envolvidos, médico, enfermeiros, técnicos administrativos, assistentes operacionais e outros, é garantia da qualidade dos seus serviços (Vicente, 2007).

Como já referido, ultimamente tem havido uma grande preocupação com a satisfação nos serviços de saúde, daí a opinião expressa pelos utentes ter-se transformado uma área fundamental na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, e ser encarada como um indicador válido na sua avaliação. Esta atribuição de relevância tem levado as instituições de saúde a inserir nas suas práticas a avaliação regular da forma como os seus utentes percecionam a qualidade dos serviços que lhes são prestados. Defende-se assim, que os resultados dessa avaliação, sejam positivos ou negativos, devem contribuir para que a instituição impulse uma melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados (Ribeiro, 2003).

No entanto, para que uma avaliação dos cuidados prestados possa ser potenciadora de alterações qualitativas é fundamental que os seus indicadores sejam mensuráveis e credíveis e que representem o serviço prestado ao utente. Daí ser necessário traduzir as definições gerais e os conceitos em indicadores, parâmetros e critérios que sejam operacionais, e que possam ser validados pelos atributos processuais, de estrutura e de resultados (Donabedian, 1988).

Segundo Madeira (1995), estes indicadores são representações quantitativas e qualitativas da realidade, que indicam o desempenho das prestações, dos métodos e recursos de diferentes setores ou unidades. Para que um indicador seja credível é fundamental que possua um conjunto de quatro características: confiança, validade, sensibilidade e especificidade:

- Confiança – É a característica que permite a probabilidade de diversos pesquisadores obterem o mesmo resultado para um mesmo evento;
- Validade – É a característica que determina a medição do fenómeno em estudo;
- Sensibilidade – É a característica que possibilita a ocorrência de haver variações no comportamento do fenómeno que se está a estudar;
- Especificidade – É a característica que possibilita a ocorrência de alterações nos fenómenos.

Além das características supramencionadas, Kluck (1997) refere ainda outras características como a pertinência, a simplicidade e a exatidão que se podem definir deste modo:

- Pertinência - É a característica que evidencia a conexão ao fenómeno em estudo;
- Simplicidade - É a característica que possibilita o seu registo e medidas sem problemas;
- Exatidão - É a característica que permite o controlo de haver hipóteses mínimas de erro.

Segundo Ferreira e Raposo (2006), as vantagens da utilização dos indicadores de qualidade são as seguintes, e que cobrem procedimentos dos mais amplos aos mais específicos:

- Estimular a mudança, com o intuito de se obter o resultado da possibilidade de se poder fazer comparações inter-temporais em diversas práticas clínicas de acordo com valores-padrão;
- Realizar a avaliação objetiva dos processos para uma melhoria da qualidade;
- Promover a discussão acerca da qualidade dos cuidados e os recursos que foram utilizados;
- Identificar desempenhos que não são aceites, de modo a garantir a responsabilização/prestação de contas;
- Garantir a qualidade de informação durante a prática clínica;
- Permitir a colocação de recursos nas áreas que mais necessitam;
- É um instrumento de recolha de dados barato e de fácil aplicação.

Para Madeira (1995), os indicadores de qualidade analisam as necessidades dos utentes, fixam objetivos adequados às necessidades, descrevem as especificações dos serviços prestados, e avaliam os desvios de procedimentos ou dos padrões que existem, de modo a identificar disfunções, erros ou falhas.

Reconhece-se que os resultados em saúde mais valorizados são os seguintes: o estudo clínico; o estado funcional; a satisfação dos utentes e os fatores económicos que estão relacionados com a qualidade de vida (Ferreira *et al*, 1997).

No entanto, dos fatores elencados, aquele que tem vindo a adquirir um maior peso explicativo e decisório é a satisfação dos utentes, que como indicador da qualidade dos serviços de saúde, espelha as reações às políticas ministeriais definidas para o setor, e também porque avalia o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

Como referem Mcintyre, *et al.* (2002), a opinião do utente é fundamental para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, identificando e corrigindo problemas o que permite a reorganização dos serviços. A satisfação dos utentes é o resultado da sua reação face à experiência dos cuidados de saúde, ou seja, ela resulta da avaliação realizada pela pessoa de acordo com as suas necessidades percebidas, expectativas e os resultados obtidos (Roseira, 2003).

Persistem ainda algumas dúvidas relativamente ao que realmente determina a satisfação dos utentes. Durante as suas pesquisas, Strasser, Aharony e Greenberger (1993) verificaram que alguns utentes valorizavam as expectativas, enquanto outros salientavam a comparação entre as expectativas e os resultados obtidos.

Assim, a análise e respetiva avaliação da satisfação dos utentes permitem compreender se estão a ser cumpridos os objetivos da prestação dos cuidados e com que qualidade; perceber as razões a que levam os utentes a estarem satisfeitos e insatisfeitos; encontrar alguma anomalia que só se consegue aperceber quando se tem a opinião dos utentes e também permite identificar alguns problemas que se poderá corrigir (Filho, 1990).

Como refere Chastonay e Mpinga (2011), a satisfação dos utentes tornou-se uma obrigação legal em vários estados da Suíça, considerando-se como um elemento de qualidade do serviço. Na França é uma prioridade desde 1996 quando o seu Sistema Hospitalar foi reformado. No Reino Unido tem sido prioridade na agenda política desde que o NHS (Sistema Hospitalar Nacional) foi implementado nos anos 80. Os EUA têm-na identificado como uma questão importante para o sistema de saúde do século 21.

A satisfação e as suas dimensões têm sido reconhecidas como um indicador valorizado da qualidade dos serviços. A melhoria da qualidade está diretamente relacionada com a

satisfação dos utentes, verificando-se, por exemplo, que os utentes insatisfeitos com os cuidados de saúde estão mais determinados a não seguirem as indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos, não gerando melhorias significativas imediatas devido a não haver continuidade de cuidados (Fitzpatrick, 1993).

2.2.2 As dimensões da satisfação

Existem vários estudos que se centraram em aspetos específicos dos cuidados de saúde que influenciam a avaliação da satisfação dos utentes. Roter (1989) realizou uma meta-análise de 41 estudos onde se centrou na seguinte relação causal: o comportamento dos médicos e a satisfação dos seus utentes. Averiguou que os fatores mais importante na satisfação do utente eram a informação dada por parte dos profissionais em relação ao problema de saúde identificado e o tratamento que lhes estava a ser prestado. Foi identificado como outro aspeto fundamental, a interação do profissional de saúde, definido como perfil ideal aquele que ouve atentamente, facilita o diálogo com o utente e tenta perceber o seu problema. Reconheceu-se que este perfil de interação favorece a “mutualidade de expetativas” (Mcintyre, 1999).

Para avaliar a satisfação dos utentes existem diversos instrumentos e métodos, como, questionários, urnas de sugestões, telefonemas, entrevistas e observação direta (Vilares e Coelho, 2005) utilizados periodicamente. No entanto, reconhece-se que o seu uso é feito de uma forma redutora, já que utilizam medidas de avaliação que só englobam a satisfação global perante os cuidados de saúde. Daí a defesa de um instrumento de avaliação que abranja dimensões específicas, podendo então propiciar informação relevante (Cleary e Mcneil, 1988).

No entanto, é de realçar que as opiniões dos utentes são também plurais cobrindo fatores que têm uma influência significativa na satisfação, como por exemplo: a personalidade do próprio utente, a dos profissionais de saúde que prestam os cuidados, o tipo de relacionamento que se estabelece entre o profissional/utente (a empatia, a eficácia comunicativa...), a competência profissional e os aspetos estruturais e de localização em que os cuidados são prestados (Vilares e Coelho, 2005).

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

Esta diversidade exige que se faça uma breve apresentação (cronológica) das dimensões da satisfação de acordo com alguns autores (V. Quadro 2).

Investigadores	Dimensões
Ware, Davies-Avery e Stewart (1978)	1) Arte dos cuidados; 2) carácter técnico dos cuidados; 3) acessibilidade e conveniência; 4) forma de pagamento dos serviços; 5) ambiente físico; 6) disponibilidade dos prestadores; 7) continuidade dos cuidados; 8) resultados e eficácia dos cuidados.
Linder -Pelz (1982)	1) Acessibilidade; 2) disponibilidade de recursos; 3) continuidade de cuidados; 4) resultados dos cuidados; 5) financiamento; 6) humanidade; 7) recolha de informação; 8) informação; 9) ambiente agradável; 10) competência
Meterko e Rubin (1990)	1) Enfermagem e cuidados diariamente; 2) envolvente do ambiente hospitalar e o pessoal auxiliar; 3) cuidados médicos; 4) informação; 5) admissão; 6) alta e pagamento.
Graça (1994)	1) Acessibilidade/conveniência (tempo de espera); 2) disponibilidade de recursos humanos e técnicos; 3) continuidade, integração, personalização de cuidados; 4) eficácia (resultados) dos cuidados; 5) custo (em termos financeiros); 6) amenidades e humanização (serviços hoteleiros); 7) recolha de informação (por parte do utente); 8) informação dada por parte dos profissionais; 9) percepção da qualidade/competência técnica.
Gasquet (1999)	1) A satisfação global; 2) as relações interpessoais; 3) os aspetos técnicos dos cuidados; 4) as prestações não clínicas. Este mesmo autor refere que quando é avaliada de forma direta a satisfação global verifica se níveis elevados de satisfação, já que lhes. No entanto, advoga que ela pode (deve) ser feita de forma indireta, questionando-lhe sobre a sua vontade de ser seguido no mesmo serviço numa situação futura e sobre o impacto dos cuidados recebidos na sua saúde física e psicológica.
Ferreira, Luz, Valente <i>et al</i> (2001)	1) Relação e comunicação; 2) cuidados médicos; 3) informação e apoio; 4) continuidade e cooperação; 5) organização dos serviços. (Estudo sobre os determinantes da satisfação dos utentes com os cuidados primários, foi usado o instrumento 'Europep' para medir a satisfação. Este instrumento faz parte de um modelo que será referido em páginas futuras
Ferreira, Raposo e Godinho (2005)	Indicadores: A consulta, a marcação, tempos de espera, acesso e utilização, a pontualidade e atenção dos profissionais para com os utilizadores, e as condições do centro de saúde e serviços prestados (resposta, serviços prestados e qualidade das instalações). Este estudo recorreu ao 'Europep'.
Alves (2007)	1) Elementos relativas à admissão; 2) acolhimento; 3) prestações hoteleiras; 4) conforto; 5) higiene das instalações; 6) visitas; 7) ocupação dos tempos livres; 8) amparo para os cuidados básicos; 9) relações interpessoais; 10) alta; 11) competência; 12) estado de saúde do utente.

Quadro 2- Dimensão da satisfação- Contributos de vários estudos

Dada a grande variedade nas propostas e na sistematização das dimensões da satisfação enumeradas pelos diferentes autores, Ribeiro (2003) e Franco e Florentim (2006) concluem que todas as dimensões são necessárias para avaliar o grau de satisfação dos utentes utilizadores dos serviços de saúde. Compete a cada organização escolher as dimensões que vai estudar, tendo em conta os seus objetivos ou necessidades de informação, o tipo de serviço de saúde, o local, as características particulares dos seus utentes e a outras características particulares da população em estudo.

2.2.3 Fatores que influenciam a satisfação dos utentes

A satisfação dos utentes depende de diversos fatores, tanto clínicos como não clínicos, que incluem: o espaço físico, a afetuosidade do profissional de saúde, a competência técnica que é percebida pelo utente, entre outros (Vilares e Coelho, 2005). Abordaremos os seguintes: as características sociodemográficas, os aspetos organizacionais, e as expectativas dos utentes face às intervenções dos profissionais:

1. Caraterísticas sociodemográficas - As variáveis sociodemográficas (idade, género, grau escolaridade) foram vistas inicialmente por muitos investigadores como exercendo uma grande influência sobre a satisfação da própria prestação dos cuidados de saúde (Fitzpatrick, 1991). No entanto, a influência destas variáveis foi questionada por outros autores que comprovaram que a relação entre as características sociodemográficas e a satisfação era muito pequena apesar de terem significado estatístico (Carr-Hill, 1992). Dentro das referidas, a idade é a variável que mais influencia a satisfação com os cuidados de saúde. Os mais idosos manifestam uma maior satisfação que poderá resultar da forma mais delicada como tendem a ser tratados, de terem expectativas mais baixas, ou de terem menor preparação para comentarem os aspetos negativos (Sitzia e Wood, 1997; Gasquet, 1999; McIntyre, *et al.*, 2002). Permanece, no entanto, a dificuldade em clarificar se a relação entre a idade e a satisfação está relacionada com a diferença entre as expectativas e a disponibilidade para expressar opiniões negativas, ou se realmente se deve à má qualidade dos cuidados recebidos (Sitzia e Wood, 1997). Quanto ao género, alguns autores defendem que as mulheres são mais propensas a criticarem ou não se sentirem satisfeitas com a prestação de cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997; Coyle, 1999). Estes autores também referem que a satisfação global com os cuidados de saúde é expressivamente maior nos homens, e que as mulheres são mais rígidas quanto aos

horários e à dimensão da privacidade (Sitzia e Wood, 1997). O nível de escolaridade foi também reconhecido como fator que influencia o nível de satisfação, dado que os níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos (Hall e Dornan, 1990).

2. Aspetos organizacionais - Para Plinius Maior Society *cit. in* Ribeiro (2003), o indicador que mais contribui para o aumento da satisfação é a imagem da instituição, fazendo aumentar a apreciação dos utentes para além da qualidade dos cuidados. Os utentes de serviços ambulatoriais referem na sua avaliação a relação de empatia que se cria com os profissionais, mas são simultaneamente críticos para com a competência profissional (Ribeiro, 2003).

3. Expetativas dos utentes face às intervenções dos profissionais - Diversos estudos têm sido realizados para investigar a relação entre as expetativas dos utentes, a procura dos serviços de saúde e a satisfação com os cuidados de saúde. Esses estudos têm evidenciado que os utentes estão mais satisfeitos se o procedimento dos prestadores de cuidados for de encontro às suas expetativas (Ribeiro, 2003). A diversidade das expetativas deve-se muitas vezes aos seguintes aspetos: (i) a personalidade do indivíduo; (ii) o contato que se estabelece entre o paciente e o profissional de saúde; (iii) os valores sociais e culturais; e (iv) o local onde os cuidados de saúde são prestados (Cleary e Mcneil, 1988).

2.2.4 Avaliar a satisfação nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses

A Lei de Bases da Saúde, na Lei 48/90 de 24 de Agosto, expressa e defende a necessidade constante de avaliação dos cuidados de saúde, tendo como base um sistema completo e integrado, sobretudo sobre satisfação do utente e satisfação profissional.

Os estudos que foram realizados em Portugal são bastante heterogéneos, tanto em termos da metodologia utilizada como nas dimensões de satisfação escolhidas. No entanto, os resultados obtidos ao nível da avaliação da satisfação global dos utentes são fundamentais, por isso deve-se deles fazer referência.

2.2.4.1 “A Satisfação dos utentes e atitudes face aos médicos e à medicina”

Pereira *et al* (2001) realizou um estudo denominado “a satisfação dos utentes e atitudes face aos médicos e à medicina” na sub-região de saúde de Braga, com uma amostra de 137 utentes. Os resultados mostram que as atitudes face aos médicos e à medicina se relacionam com a qualidade técnica percebida, a qualidade das relações estabelecidas, a comunicação, a avaliação global dos serviços e a acessibilidade aos mesmos. As variáveis sociodemográficas e de utilização dos serviços na satisfação e atitudes dos utentes indicam-nos que fatores como o género e a frequência de utilização dos serviços são os fatores mais importantes. Em contrapartida, o facto de ter ou não médico de família foi uma variável pouco relevante. Neste estudo também se constatou que as mulheres estão menos satisfeitas que os homens, e são as que procuram mais vezes os serviços de saúde. Por sua vez, os que utilizam menos vezes os serviços, apresentam avaliações mais satisfatórias. Este estudo, além de valorizar as competências técnicas e acessibilidade, também demonstra a importância da formação dos profissionais de saúde no domínio da comunicação e na gestão de relações interpessoais de modo a que o modelo biopsicossocial possa melhorar a satisfação dos utentes com os serviços.

2.2.4.2 “Saúde e Doença em Portugal”

Villaverde *et al* (2002) implementou um estudo cujo objetivo era determinar a avaliação da satisfação dos utentes dos centros de saúde. Os resultados denunciam uma avaliação de satisfação global positiva, mais especificamente, quanto às condições das instalações, o horário de funcionamento e o atendimento de enfermagem, recebendo uma avaliação entre 62% e 67% respetivamente nas categorias de “bom” e “muito bom”. Relativamente ao tempo de espera de consulta e o tempo de espera para ser atendido, constatou-se uma percentagem de 31,1% e 34,2% que dizem respeito respetivamente às atribuições de “mau” e “muito mau”. O parâmetro médico de família revela uma avaliação positiva neste estudo. Outro resultado significativo revela que 54% dos inquiridos usuários do centro de saúde frequentam-no pelo menos uma vez no último ano, 49,3% fazem uma avaliação global dos cuidados prestados no centro de saúde como “Boa” ou “Muito Boa”, e apenas 12,7% consideram-na como “Mau” e “Muito Mau”.

Estes dados são confirmados por Fitzpatrick (1997) *cit. in* Villaverde *et al*, (2002), que reconhece que a avaliação da satisfação dos utentes em diversos países (Canadá, EUA, Reino Unido e Finlândia) é muito positiva, onde apenas 5% dos inquiridos estão insatisfeitos. Este mesmo investigador refere que a variável “espera” é a mais sensível. Conclui afirmando que os indivíduos com mais alta escolaridade, os jovens e os que se encontram em pior estado de saúde apresentam os mais baixos níveis de satisfação. Assim, o maior número de queixas incide sobre o tempo de espera para conseguir consulta; a informação prestada pelos profissionais de saúde; o respeito pela pessoa humana, e pela ausência de privacidade.

2.2.4.3 *Projeto MoniQuor (monotorização da Qualidade Organizacional)*

Este projeto consiste na monotorização e avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como referência os critérios de modelo de autoavaliação da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) apoiado financeiramente pela Saúde XXI. Nele participaram 186 centros de saúde entre 1998 e 2004.

O *MoniQuor* teve como objetivo global a melhoria contínua da organização e da prestação de serviços aos utentes, ou seja, adotou um processo estruturado de identificação, análise e solução de problemas, que permitisse uma revisão contínua e constante dos processos que fazem parte da prestação dos cuidados. A Comissão de Avaliação integrou três elementos de diferentes grupos profissionais. Neste estudo contemplou quatro momentos de realização, sendo que no primeiro momento (1998) participaram 290 centros de saúde; na segunda avaliação (2000) aderiram 102 centros de saúde; na avaliação cruzada em 1999, e em 2004 (3º e 4º momentos) participaram respetivamente 109 e 186 centros de saúde.

Este projeto tinha como objetivo medir o grau de satisfação dos utentes em relação a cinco dimensões na prestação de cuidados: 1) a relação médico utente; 2) a parte técnica dos cuidados, 3) a informação dada aos utentes; 4) a perceção de cooperação, e 5) a articulação entre os vários profissionais e a organização dos serviços.

Os resultados deste estudo revelam que, relativamente à satisfação com os centros de saúde, do total de utentes de 194 centros de saúde, 56% estavam satisfeitos com a competência e cortesia médica; 54% estavam satisfeitos com a limpeza, 52% estavam

satisfeitos com a competência e cortesia dos enfermeiros; 45% revelaram estar satisfeitos com o horário e atendimento do médico de família; 44% manifestam uma avaliação positiva sobre a competência e a cortesia dos administrativos; 43% referem estar satisfeitos com a pontualidade dos profissionais; 41% estavam satisfeitos com a preocupação do pessoal do centro de saúde com a sua saúde; 40% estavam satisfeitos com o conforto geral do centro de saúde, e por fim, 38% estavam satisfeitos com os serviços ao domicílio fornecido pelo centro de saúde.

Pisco (2003) denuncia que o grupo de avaliação do *MoniQuOr* (2005) alerta para a necessidade de uma intervenção nas seguintes áreas: 1) Melhorar a acessibilidade, havendo tempo máximo de espera após a hora marcada e vigilância do tempo de espera em local de consulta; 2) Promover uma continuidade e integração de cuidados com a visita aos doentes que estão internados em hospital; 3) Realizar registos clínicos com qualidade; 4) Proceder a uma avaliação e monitorização da qualidade; 4) Produzir relatórios que expressem a avaliação da satisfação dos utentes e com sugestões de intervenções a serem realizadas; 5) Elaborar relatórios com as conclusões da avaliação da satisfação dos profissionais acompanhada com a monitorização da satisfação dos profissionais.

2.2.4.4 “A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde”

Este documento (2003-2004) surgiu de um estudo fruto da parceria do Instituto Qualidade Saúde e da Saúde XXI, que tinha como finalidade classificar a qualidade dos centros de saúde, alicerçado na avaliação da qualidade expressa em termos da satisfação face aos cuidados prestados.

Os indicadores de qualidade para avaliação da satisfação global foram definidos Ferreira, Raposo e Godinho (2005): a relação e comunicação; os cuidados médicos, a informação e apoio; a continuidade, a cooperação e a organização dos serviços.

Estudo concluiu que o grau de satisfação global foi mais elevado na região do Algarve (74%) e do Centro (72%), evidenciando que os utentes tem uma boa aceitação relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, confiando no serviço, refletindo-se num grau de satisfação elevado. Contrariamente, os fatores

relativos à organização e gestão dos centros de saúde e às redes de referência recebem um grau de satisfação reduzido.

2.2.4.5 Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João no Porto- Satisfação dos utentes

Este estudo, realizado por Hespanhol *et al* (2005), teve como objetivos conhecer a satisfação global dos utentes que frequentam o Centro de Saúde São João no Porto e a sua satisfação com os vários aspetos do Centro de Saúde. Os seus autores concluíram o seguinte: os utentes mais idosos tendem a avaliar de forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais jovens, uma maior frequência de visitas dos primeiros; os utentes com um maior nível de escolaridade tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os que apresentam menor nível de escolaridade. A satisfação com os diversos aspetos do centro de saúde é maioritariamente positiva, com a exceção de três fatores relacionados com a acessibilidade /deslocação até ao centro de saúde, a marcação e a espera pela consulta.

2.2.4.6 Projeto” Os Centros de Saúde Em Portugal – a procura e oferta dos serviços

Este projeto implementado por Biscaia *et al* (2006) decorreu entre 2003 e 2005. Realizaram vários estudos cobrindo 355 Centros de Saúde, chegando à conclusão que não existe uma concordância de opiniões dos utentes sobre saúde. Os seus estudos de avaliação da satisfação dos utentes revelam uma avaliação global positiva, mas menor que em outros países. A área da saúde é considerada como prioritária e a avaliação dos médicos e enfermeiros da forma de atuação nos cuidados é na sua globalidade positiva, existindo, no entanto, um menor grau de satisfação com os aspetos de organização e do funcionamento administrativo.

Este projeto revelou que os aspetos mais importantes para os utentes são os seguintes: um aumento do número de médicos de família; um melhoramento no atendimento, particularmente, a simpatia; um aumento e melhoria das instalações e dos serviços; um aumento do número de auxiliares; um melhoramento na organização, assim como, na prestação da informação e no alargamento dos horários de funcionamento.

A satisfação com os serviços de atendimento de situações agudas foi avaliada de forma geral como negativa. Os mesmos autores, fazendo referências a situações internacionais, referem que o facto de as instalações terem uma linha telefónica de aconselhamento e de triagem faz com que se reduza a carga de trabalho. No entanto, os utentes ficam menos satisfeitos porque interpretam este procedimento como um obstáculo à aquisição dos cuidados.

2.2.4.7 Os Centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento atual e prioridades de reforma

Santos *et al* (2007) referem que a participação dos utentes e dos profissionais de saúde é de extrema importância para a definição de prioridades para a melhoria dos cuidados de saúde. Este estudo decorreu entre janeiro a março de 2007 com um total de amostra de 103 centros de saúde, emergindo três vetores de satisfação dos utentes:

- Fator humano – a satisfação dos utentes depende da qualidade das relações com os profissionais de saúde, mais especificamente sobre o seu médico de família;
- Flexibilidade dos serviços – a capacidade de articular com outras instituições da comunidade de forma a facilitar e a aumentar a oferta dos serviços de saúde, permitindo uma resposta rápida e adequada às necessidades de cada utente.
- Relação de proximidade entre centro de saúde/ comunidade – as necessidades e a satisfação com os serviços prestados estão ligados com a acessibilidade e uma estreita ligação entre o centro de saúde e comunidade. Esta proximidade tem como foco a relação entre profissionais de saúde e utentes.

Reconheceram também que a insatisfação com os tempos de espera tanto na marcação de consulta e tempo de espera para atendimento no dia da consulta, são também identificados em estudos anteriores. A acessibilidade aos serviços e as consultas em ambulatório, é, pois um fator importante tanto na insatisfação dos utentes como pelo efeito que tem na utilização dos serviços.

2.2.4.8 *Estudo de acesso aos Cuidados de saúde Primários pela Entidade Reguladora da Saúde*

Este estudo foi realizado em 2008, e teve como objetivo avaliar o grau e as diferenças existentes no acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente nas seguintes dimensões: a adaptação da oferta de médicos de família às necessidades das populações; as dificuldades que os utentes tenham sentido durante o processo administrativo; conformidade das condições de acolhimento dos utentes, e o horário de funcionamento dos serviços. Deste estudo foram apresentadas as seguintes conclusões:

- Os cuidados de saúde estão próximos dos utentes;
- O horário de funcionamento foi referido por 84% como sendo “bom” e “razoável”;
- Quanto ao tempo de espera pela consulta (desde a data da marcação até ao dia da consulta), 54% dos utentes referem que não excedeu uma semana, mas mesmo assim classificam o Centro de Saúde negativamente quando comparados com outros serviços, nomeadamente os privados;
- O conforto da sala de espera foi referido por 88% dos utentes com a classificação de “bom” e “razoável”;
- A higiene foi mencionada por 94% com a classificação de “bom” e “razoável”.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) considera que, de uma forma global, os utentes estão satisfeitos com o acesso ao centro de saúde, apesar de terem identificado alguns aspetos menos positivos.

2.2.4.9 *O estado da saúde em Portugal*

Num estudo efetuado por Villaverde Cabral (2009), 95% dos portugueses referem a necessidade de mudanças no Serviço Nacional de Saúde. Quanto aos cuidados hospitalares só 44% dos utentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as consultas externas, seguindo-se 40 % com o internamento e 45% com as urgências. Neste estudo

foram também elencadas algumas medidas fundamentais a ser tomadas de forma a melhorar o Sistema Nacional de Saúde:

- Redução do tempo de espera para consultas/hospitais/cirurgias (43%);
- Melhor organização dos recursos (33%);
- Investir mais dinheiro (30%);
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados (24%).

2.2.4.10 *Estudo sobre satisfação realizado por Ferreira, Antunes e Portugal (2010)*

A análise dos dados deste estudo revelou que o grau de menor satisfação centrou-se na “organização dos serviços” (69,2%), salientando-se o tempo de espera na sala de espera com apenas 57,9% de satisfação. Nas áreas específicas, a satisfação global foi de 75%. Os frequentadores das Unidades Saúde Familiares revelaram-se particularmente satisfeitos com a competência, a cortesia e o carinho dos enfermeiros (80,9%), dos médicos (80,1%) e com o respeito com que são tratados (79,5%).

Estes estudos são alguns dos exemplos onde são visíveis, em Portugal e outros países, diferenças entre os resultados que se obtém sobre a avaliação dos cuidados de saúde.

2.3 Qualidade em Saúde: conceitos e avaliação

O conceito de qualidade tem sofrido ao longo dos tempos uma enorme evolução e estendeu-se por vários saberes e domínios de ação, tornando-se primordial na avaliação e nas tomadas de decisão das organizações de saúde de dimensão local e mundial. O facto de este conceito encontrar-se num local central na organização e na prestação dos cuidados de saúde deve-se a um também crescente aumento das expectativas e do grau de exigência por parte dos cidadãos. Pode-se mesmo considerar que o conceito de qualidade é a alavanca para a mudança e para a implementação de sistemas de qualidade nos serviços. (Morgado, 2007).

De acordo com Barros (1992:2) “a preocupação com a qualidade é crescente”. Elencando como fatores preponderantes, refere as seguintes causas: “a problemática da contenção dos custos, a maior atenção dos cidadãos aos aspetos da qualidade, sendo

este, cada vez mais um fator de escolha”. Daí ser fundamental que se avalie sistematicamente e em todas as fases do processo a qualidade dos cuidados prestados, a forma como se utilizam os recursos disponíveis e os indicadores de qualidade.

O conceito de qualidade bem como as metodologias para a sua análise e avaliação foram geradas no domínio da gestão industrial, tendo Avedis Donabedian (1980) um papel muito importante na adaptação destes contributos ao domínio da saúde. Para este investigador, a qualidade dos cuidados de saúde tem de garantir o bem-estar dos utentes, equacionando o equilíbrio entre os ganhos e as perdas previstos que conduzem todo o processo de cuidados em todas as suas componentes (Gomes *et al*, 1999). A qualidade na Saúde pode assumir diversas definições, sendo fundamental que sejam perceptíveis as dimensões que cada uma aborda. Como refere Charvet-Protat (1998:720), “A qualidade custa caro, mas existe algo mais caro que a qualidade: a sua ausência”.

Como sucedido na apresentação das dimensões da satisfação, o conceito de qualidade na saúde tem vindo a ser construído no tempo e apresenta uma diversidade e uma comunalidade na sua definição.

Para Maxwell (1984) a qualidade em saúde relaciona-se com a efetividade, a aceitabilidade, a eficiência, a acessibilidade, a equidade e a relevância dos serviços prestados. Já Ovretveit (1996:2) incorpora na sua definição, como o autor anterior, não apenas os critérios de satisfação dos utentes, de efetividade e de eficiência, mas enfatiza também o critério de equidade, que deve proporcionar “a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”.

Silva (2001:8-9) define que a qualidade é “a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente a custos adequados”, sendo resultante do cumprimento ou não de expectativas criadas nos utentes, de modo a este ficar ou não satisfeito com os serviços recebidos.

A qualidade na saúde depende da importância dada ao trabalho em equipa e aos cuidados prestados que potenciam melhor qualidade de vida, tanto para os utentes quer para os profissionais de saúde. Cabello (2001:97) define-a como: “a prestação de serviços de saúde conforme as normas de qualidade, conhecimentos da medicina e tecnologia vigentes, com oportunidade, amabilidade, tratamento personalizado, comunicação permanente entre os intervenientes do ato médico ou paramédico, em

ambiente confortável que permita melhorar o nível de saúde e a satisfação do utente e do profissional de saúde, de modo que contribuam para uma melhor qualidade de vida.”

Fragata (2006:25) prefere realçar a satisfação das partes circundadas, equidade no acesso e nível de prestação conforme a prática corrente. Ele define-a como um conjunto de “cuidados prestados com um nível de acordo com o estado da arte, no momento preciso e no doente certo (...) considerando aspetos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente, bem como o acesso igual a esses cuidados, equidade, entre outros”.

Biscaia (2006:9), por sua vez, define-a como “Um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”.

Por fim, é de considerar a definição de Qualidade em Saúde proposta pelo Instituto de Medicina dos EUA e que é adotada por Campos (2009:29): “é o grau dos serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente”.

No conceito de Qualidade (Pires, 2004) podem-se discriminar as seguintes áreas de intervenção: 1) ao nível da conceção agregar as necessidades e expectativas do cliente; 2) ao nível do fabrico ou prestação de serviços certificar que o produto ou o serviço vá de encontro com as especificações; 3) ao nível da utilização assegurar que o cliente espera do produto ou serviço e 4) o nível relacional possa ser a medida da eficácia dos contatos com os clientes internos ou externos.

A qualidade, além de depender de fatores técnicos e de características organizacionais, depende principalmente das pessoas. Segundo Carepeto e Fonseca (2006:91) “a qualidade é uma construção social, reside na mente das pessoas, resulta da negociação de significados e varia de acordo com fatores, como os grupos sociais e as representações sociais do que é bom e mau”.

Feigenbaum (1983 *cit in* Zanon, 2000) apelam à Gestão pela Qualidade Total classificando-a como um sistema que permite a inclusão do desenvolvimento da qualidade, da manutenção da qualidade e também dos esforços de melhoria da

qualidade, dos diversos grupos de uma organização, de forma a produzir bens e serviços mais económicos e que tenham em ponderação a satisfação total do consumidor.

Para Williamson *cit in* Sale (2000), a garantia da qualidade é a medida do nível dos serviços prestados mais os esforços para os alterar sempre que for preciso, tendo em conta os resultados dessa medição.

Todos estes contributos reiteram que a avaliação os cuidados de saúde é uma preocupação das instituições de saúde porque os utentes cada vez são mais exigentes com os cuidados prestados e cada vez têm expectativas mais elevadas. De modo a responder a esta realidade, foram desenvolvidos diversos modelos para avaliar a qualidade dos serviços, e que se apresentam de seguida:

A) Modelo de Donabedian (1980) - Este modelo designa-se por “estrutura- processo- resultado”, no qual a qualidade é aferida pela perspetiva dos profissionais de saúde, uma vez que os utentes não têm conhecimentos médicos para avaliar se os cuidados de saúde foram bem prestados ou não. Este autor menciona que existem três dimensões que são essenciais para a avaliação da qualidade dos cuidados: a estrutura, o processo e os resultados:

a) A dimensão da estrutura comporta a arquitetura da instituição de saúde, a organização do trabalho e os recursos necessários para desenvolverem as atividades. A estrutura, apesar de fundamental, não é no entanto suficiente para o atingir de uma qualidade elevada;

b) A dimensão do processo provém da estrutura e aglomera os cuidados diretos, os não diretos e os modelos dos comportamentos dos profissionais. Refere-se ao conjunto de atividades que ocorrem entre os prestadores de cuidados e os doentes, no contexto de um serviço específico;

c) A dimensão do resultado decorre da prestação de cuidados e acata uma comparação entre o que foi planeado e o que ocorreu na realidade, podendo determinar a eficiência, efetividade e a satisfação dos utentes relativamente ao serviço que foi prestado. Se o resultado for baixo não significa que haja uma má qualidade, mas a possibilidade de existirem outros fatores externos que a influenciam, tais como, a idade, a carga psicossocial dos utentes e da situação que os levam a necessitar de cuidados.

Conclui-se que a avaliação da qualidade só é exequível porque existe uma ligação de interdependência entre estrutura, processo e resultado. Para que seja possível realizar uma avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é essencial utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três dimensões da qualidade, pois estas dimensões não são elementos autónomos (Ferreira, 1991).

B) Modelo de Grönroos (1984) -Este modelo menciona que a qualidade dos serviços está dividida entre a qualidade técnica e a qualidade funcional. A primeira relaciona-se com a correção do serviço prestado, salientando a competência como item predominante. A segunda mede-se em função do contexto e dos meios de prestação de serviços, centrando-se na resposta que o consumidor recebe. Para este autor, a qualidade de um serviço resulta da comparação entre os serviços prestados e as expectativas do consumidor, podendo-se dizer então que esta imagem resulta da combinação da qualidade técnica e da qualidade funcional. Os consumidores realizam o seu juízo através dos elementos de qualidade funcional quando não tem capacidade para aceder à qualidade técnica. Nos cuidados de saúde verifica-se esta situação, uma vez que não estão habilitados para perceberem o diagnóstico e o seu tratamento (Lopes, 2000).

C) Modelo Conceitual de Qualidade em Serviços ou Modelo de GAP- Este modelo foi o primeiro a ser o mais direcionado para avaliação de serviços, e deve-se ao trabalho realizado pelos pesquisadores norte-americanos Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), que criaram este modelo tendo em consideração critérios para avaliação da sua qualidade. Os autores referem que os utentes avaliam a qualidade do serviço, tendo em consideração o que desejam ou esperam, com aquilo que recebem.

Os critérios de avaliação utilizados tiveram em consideração as falhas, as lacunas, e os hiatos (gaps) que são as diferenças entre as expectativas dos utentes e o que lhes é oferecido (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1990).

O *Gap Model* enunciou cinco gaps que causam perturbações na qualidade nas organizações:

✓ Gap 1: Discrepância entre as expetativas do consumidor e da gestão da organização - O estudo revelou que houve divergência entre esses dois fatores relacionados com os usuários e gestores, uma vez que os executivos tinham percepção diferente da expetativa dos clientes. Por vezes, existe uma dificuldade dos gestores ou executivos interpretarem os fatores que satisfazem as necessidade dos clientes, ou então que pelo menos lhes dê a percepção de terem recebido um serviço de qualidade (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1990).

✓ Gap 2: Discrepância entre o que o consumidor deseja e o que a gestão da organização pensa - Para se conseguir que os clientes venham a alcançar as suas expetativas, são criadas normas e procedimentos para o serviço. No entanto, existem alguns constrangimentos internos, dos quais, Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) salientam o grau de competência dos profissionais e a existência de poucos recursos materiais, financeiros e humanos.

✓ Gap 3: Discrepância entre o serviço entregue e as especificidades do serviço - Existem fatores que se interpõem no ato da prestação do serviço, resultando o facto do serviço recebido pelo cliente passa a ser diferente do que está prescrito (Zeithaml, Parasuraman e Berry,1990).

✓ Gap 4: Discrepância entre o serviço prometido e o fornecido - A comunicação externa influencia as expetativas dos clientes, já que, por vezes, se fazem promessas sobre o modo como o serviço irá ser prestado.

✓ Gap 5: Discrepância entre a percepção e o que espera o consumidor, do que a organização fornece - Esta lacuna representa o resultado da apreciação do consumidor, onde as expetativas são resultado das influências referidas anteriormente.

2.4 Medir a qualidade e satisfação em *service*

A qualidade reflete por vezes a perceção do cliente sobre dimensões específicas dos serviços, tais como, a confiabilidade, a responsabilidade, a segurança, a empatia e a tangibilidade. Já a satisfação inclui outros aspetos, como, a influência pelas perceções da qualidade do serviço e fatores situacionais e pessoais (Zeithmal e Bitner, 2003).

Segundo Lovelock e Wright (2003), os clientes fazem uma comparação entre o que esperam obter com o que realmente recebem durante a prestação de cuidados, sendo a partir dessa situação concreta que definem o seu grau de satisfação e fazem a apreciação sobre a qualidade do serviço: Se os serviços surpreendem ou atraem os clientes por abrangerem níveis superiores serão considerados como de qualidade superior; se o serviço ficar na área da zona de tolerância é considerado como adequado. Poderá também ocorrer que fique abaixo do nível adequado, ocorrendo então uma discrepância ou lacuna de qualidade, entre o desempenho de quem presta o serviço e as expectativas do cliente gerando insatisfação.

Segundo Chastoray e Mpinga (2011), as medidas de satisfação dos pacientes têm um papel importante no sistema de saúde devido a:

- Integrarem o ponto de vista dos pacientes no sistema de saúde;
- Identificarem potenciais problemas que vão surgindo no setor de saúde;
- Contribuírem para a avaliação dos sistemas de saúde.

Para se medir a satisfação, segundo Saias (2007), medir a satisfação é questionar diretamente o utente através de questionários que não devem ser muito complexos, classificando numa escala algumas dimensões de satisfação de acordo com o serviço prestado. Esta medida de satisfação dos utentes dá a possibilidade de conhecer a opinião destes acerca dos vários componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logístico (Ware *et al*, 1983; Cleary e McNeil, 1988; Fitzpatrick, 1991). Para Ware *et al* (1983), a taxa de satisfação faz uma avaliação dos cuidados que não poderia ser realizada apenas pela observação direta dos cuidados. Os indicadores se “*pensa voltar*”, são medidas que são utilizadas, para avaliar o impacto global do nível de satisfação do cliente (Anderson, 1998 *cit in* Milan e Trez, 2005).

Com o objetivo de construir um questionário que fosse aplicável ao estudo foram consultados diversos modelos de instrumentos de colheitas de dados que serviram de base para a elaboração do questionário:

A) *ECSI-Portugal – European Customer Satisfaction Index* - Em 1989 foram determinadas as bases para o lançamento do projeto-piloto do Índice Europeu de Satisfação do Cliente, tendo aderido 12 países europeus entre os quais Portugal. As entidades impulsionadoras desse estudo foram a European Organisation for Quality (EOQ), a European Foundation for Quality Management (EFQM) e uma rede de Universidades com o apoio da Comissão Europeia. Em Portugal, o desenvolvimento do projeto foi assumindo por uma equipa constituída pela APQ – Associação Portuguesa da Qualidade, pelo IPQ - Instituto Português da Qualidade e pelo ISEGI/UNL – Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (Vilares e Coelho, 2005).

O ECSI -Portugal é um instrumento de medida, que pretende avaliar a qualidade dos bens e serviços disponíveis através da satisfação dos clientes. A metodologia utilizada baseou-se na realização de um inquérito aos clientes de cada empresa (Vilares e Coelho, 2005). Neste instrumento de medida utilizaram-se variáveis latentes e as de medida. As variáveis latentes não são diretamente observadas nem medidas, enquanto as variáveis de medida instituem os indicadores usados para medir indiretamente as variáveis latentes (Vilares e Coelho, 2005).

O modelo estrutural do ECSI é constituído por sete variáveis latentes. O índice de satisfação do cliente é a variável principal do modelo. As variáveis imagem, expectativas, qualidade apercebida e valor apercebido fazem parte das variáveis que causam a satisfação; o tratamento das reclamações e a lealdade do cliente são as variáveis resultantes da satisfação (Vilares e Coelho, 2005).

B) *Escala SERVQUAL*- A construção de instrumentos de medida para a avaliação da qualidade dos serviços é atribuída a Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) *cit in* Vilares e Coelho (2005) que desenvolveram uma avaliação e medição da qualidade de serviço designada por SERVQUAL. Este modelo considera que o consumidor avalia a qualidade dos serviços a partir de uma perspetiva de comparação entre as suas

expetativas antes de efetuar a compra e a perceção que teve após o serviço ser prestado. Inicialmente, este instrumento era constituído por dez dimensões: tangibilidade; fiabilidade; atendimento/capacidade de resposta; competência; cortesia; credibilidade; segurança; acessibilidade; capacidade de comunicação e conhecimento do cliente. No entanto, em 1988, os mesmos autores, após sucessivos testes reduziram este instrumento para cinco dimensões (v. Quadro 3).

Dimensões	Conteúdo
Tangibilidade	Aparência dos elementos físicos
Confiança	Performance precisa
Resposta	Prontidão, disponibilidade e compreensão
Garantia	Competência, credibilidade, cortesia e segurança
Empatia	Facilidade de acesso, boa comunicação e conhecimento do consumidor.

Quadro 3- Dimensões das áreas - Necessidades dos utentes
(Ramsaran – Fowdar, 2005, Adapt.)

Este instrumento permite avaliar a qualidade através da comparação entre as expetativas e a perceção do cliente, face ao serviço prestado. Sobretudo, este modelo menciona que a diferença entre expetativas do cliente e a perceção do cliente, resulta como medida de satisfação do cliente e posteriormente da qualidade do serviço (Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

C) EUROPEP – European Task Force on Patient Evaluation of General Practice-

Este instrumento internacional serviu para avaliar a medicina geral e familiar, permitindo comparar os resultados internacionalmente, ou seja, fazer comparações entre países com sistemas de saúde diferentes, de forma a melhorar os cuidados de saúde primários na Europa.

O questionário EUROPEP foi desenvolvido em 1995 como instrumento de medida validado e de utilização para a avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas - HEM Internacional. A partir dos seus dados pode-se avaliar e

comparar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em vários países Europeus. Ele foi adotado por 7 países europeus (Noruega, Suécia, Dinamarca, Reino Unido, Holanda, Alemanha, Portugal) e ainda por Israel.

Apenas em 1998 foi concluída a escolha definitiva das 23 questões e feita a validação final. As questões estão divididas em 5 indicadores: 1) relação entre médico /utente; 2) assistência médica e técnica; 3) informação e apoio; 4) acessibilidade; 5) organização dos serviços. A escala de Likert foi a escolhida e varia entre o valor mínimo 1 e o valor máximo 5 (Grol e Wensing, 2000; Ferreira e Raposo, 2006).

D) Projeto ComuniCare - Este projeto tinha como principal objetivo melhorar o desempenho dos hospitais S.A. relativamente ao nível da comunicação e do serviço ao utente. Este projeto decorreu entre 2003 e 2005 e pretendia identificar os pontos fracos/fortes que condicionam ou favorecem a satisfação dos utentes. Tinha como objetivo elaborar um processo de avaliação e monitorização cíclica da satisfação de forma a permitir a realização de propostas de melhoria para os pontos fracos detetados.

Para tal foi criada uma parceria entre a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. e o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL), e estabelecido um protocolo entre esta universidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o Instituto Português da Qualidade para o estudo ECSI Portugal, no qual foram divulgados resultados sobre a qualidade dos serviços e a satisfação do cliente. Este projeto dispunha-se à criação de um sistema de avaliação regular da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes com os serviços que eram prestados nos Hospitais SA. Em 2003 foi elaborado um instrumento de medida que pretendia avaliar satisfação dos utentes utilizadores dos Hospitais SA.

E) The General Practice Assessment Survey (GPAS) / The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - The General Practice Assessment Survey (GPAS) foi criado pelo National Primary Care Research and Development Centre de Manchester, tendo adotado um instrumento de avaliação da satisfação intitulado ‘The Primary Care Assessment Survey (PCAS)’. Este instrumento foi criado para ser utilizado em amostras populacionais utilizadoras de cuidados de saúde primários. Foi

certificada a avaliação das propriedades psicométricas - a consistência interna – tendo sido aceite pela população do Reino Unido (Ramsay, Campbell, Schroter *et al.*, 2000).

Ele é constituído por 53 questões agrupadas num total de 13 dimensões: 1) o acesso; 2) os aspetos técnicos do cuidado; 3) a comunicação; 4) as relações interpessoais; 5) a confiança; 6) o conhecimento do utente; 7) os cuidados de enfermagem (as 7 dimensões anteriores são de resposta múltipla), 8) a admissão; 9) a continuidade de cuidados (duas dimensões de resposta simples); 10) a referenciação; 11) a organização dos cuidados; 12) a recomendação; e 13) a satisfação global (4 dimensões de resposta única).

O GPAQ - The General Practice Assessment Questionnaire foi criado a partir do questionário GPAS que foi utilizado na investigação sobre avaliação da satisfação durante 2005/2006. O questionário GPAS original foi elaborado a partir do PCAS, tendo havido a preocupação de eleger algumas dimensões da qualidade que são melhor avaliadas quando interrogadas diretamente aos próprios utentes. Foram assim identificados os aspetos dos cuidados de saúde que são mais enaltecidos pelos utentes: a disponibilidade e acessibilidade; a competência técnica; as competências de comunicação; os atributos interpessoais, e a organização dos serviços. O PCAS foi modificado e adaptado para ser aplicado à população britânica (UK) dando origem ao questionário GPAS, que após ter sofrido alterações originou um novo questionário denominado de GPAQ. A principal diferença entre eles é que este último é mais reduzido (Ramsay, Campbell, Schroter *et al.*, 2000).

F) PSQ – Patient Satisfaction Questionnaire short form - Este questionário é um instrumento de auto-administração, anónimo, confidencial e voluntário. Foi criado por Ware, Snyder e Wright (1972; 1976) inicialmente constituído por 80 itens. Após sucessivas alterações surgiu o PSQ – III que continha 50 itens com 7 dimensões da satisfação dos cuidados de saúde, satisfação geral, qualidade técnica, relações interpessoais, comunicação, aspetos financeiros, tempo de espera pela consulta, e a acessibilidade. Posteriormente foi desenvolvido um pequeno questionário, constituído apenas 18 itens, focando as mesmas 7 dimensões, tendo sido recomendado para situações onde a necessidade de rapidez impeça o preenchimento do PSQ-III. (Marshall e Hays, 1994).

De um modo global, os estudos nacionais efetuados demonstram uma avaliação positiva dos cuidados de saúde primários. Examinando os estudos anteriormente referidos, realizados por Ferreira em 2004 e 2009 com o instrumento *Europep*, verificaram-se avanços significantes nas várias dimensões de satisfação, com um aumento de 16,3% na satisfação global (aumento de 56,9% para 73,2%) (Ferreira *et al*, 2005; Ferreira *et al*, 2010). A avaliação realizada da prestação de cuidados e dos profissionais é globalmente positiva e tem evoluído. No caso de Portugal, as questões que revelam menos satisfação são as que estão relacionadas com aspetos de organização e com o funcionamento dos serviços de saúde, em especial os tempos de espera.

3 Metodologia de investigação

Para Albarello *et al* (2005:50) “Qualquer metodologia deve ser escolhida em função dos objetivos da investigação, do tipo de resultados esperados, e do tipo de análises que desejamos efetuar”. A metodologia constitui, assim, o suporte científico à investigação, ou seja, é o percurso para se desenvolver e alcançar os objetivos (Hill e Hill, 2005).

O objetivo deste capítulo é apresentar: os objetivos e as questões de investigação, o tipo de estudo, dimensões a estudar, a descrição da população e amostra, a descrição do instrumento de recolha de dados, a elaboração do plano para a recolha e análise dos dados, bem como os aspetos éticos e formais a serem respeitados.

3.1 Objetivos da investigação

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, e funciona como um guião orientador do investigador, tendo em consideração os conhecimentos que vai adquirindo (Fortin, 2000). A pergunta que motivou o nosso estudo foi a seguinte: Os utentes estão satisfeitos com as Unidades Móveis? Para encontrar respostas, elaborou-se um questionário que permitisse avaliar o grau de satisfação dos utentes das UMS.

Os objetivos que foram traçados para este estudo de investigação foram os seguintes:

1. Construção de um questionário que permita avaliar a satisfação dos utentes;
2. Analisar as características sociodemográficas dos utentes;
3. Identificar o grau de satisfação dos utentes das UMS relativamente: a) ao atendimento das UMS; b) às instalações das UMS; c) aos profissionais de saúde; d) ao serviço prestado nas UMS.

3.2 Questões de investigação

Uma questão de investigação é “ um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2000:51).

Partindo da pergunta de partida, que repetimos - Será que os utentes estão satisfeitos com as Unidades Móveis? e dos objetivos que foram delineados formulou-se as seguintes questões de investigação:

1. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com o atendimento das UMS da SCML?
2. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com as instalações das UMS da SCML?
3. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com o desempenho dos profissionais de saúde das UMS da SCML?
4. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com os serviços prestados nas UMS da SCML?
5. Os utentes lisboetas já tinham vindo às UMS da SCML?
6. Os utentes lisboetas tencionam voltar às UMS da SCML?

O estudo foi realizado nas Unidades Móveis de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, entre os dias 15 de julho e 30 de agosto, parqueadas em bairros sociais e históricos da cidade de Lisboa, no horário de funcionamento das 10h às 19h.

3.3 Tipo de estudo e Desenho de Investigação

Na perspetiva de Fortin (2000:133), o tipo de estudo “descreve a estrutura utilizada tendo por base a questão de investigação visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”. Este estudo é do tipo descritivo e de natureza quantitativa.

O estudo é descritivo porque se pretende descrever e explorar uma situação, e “consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo” (Fortin,2000:174).

Para a realização deste estudo optou-se pela utilização do método quantitativo (de medida ou análise extensiva), uma vez que se pretendia identificar um conjunto de opiniões de um número alargado de casos.

De acordo com Greenwood (cit. por Almeida e Pinto, 1990:87), o método quantitativo implica “a observação, por meio de perguntas diretas ou indiretas, de populações relativamente vastas, de unidades colocadas em situações reais, a fim de obter respostas suscetíveis de serem mensuráveis mediante uma análise quantitativa”.

Tendo por base as características do estudo e as variáveis que se pretende estudar, a sua operacionalização foi feita com recurso à utilização de escalas tipo *Likert*.

3.4 Identificação da população e amostra em estudo

A população em estudo define-se como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” (Fortin,2000: 202). Por razões temporais e materiais/recursos, o investigador não pode abranger toda a população/universo sobre a qual pretende obter informações, daí optar por considerar no seu estudo uma parte dessa mesma população – amostra (Hill e Hill, 2005). Segundo Fortin (2000:41) a amostra “...é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura, da população-alvo (...), deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.”

Ruquoy realça o procedimento de seleção afirmando que “o critério que determina o valor da amostra passa a ser a adequação aos objetivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida” (1997:103). Na literatura, existem dois tipos de técnicas de amostragem: a probabilística e a não probabilística.

Segundo Morse (1991) citado por Fortin (2000:156) “é mais pertinente em investigação quantitativa ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja”. Tendo em conta o tipo de estudo e a impossibilidade de se conseguir uma amostra representativa da população em causa, decidiu-se recorrer ao método de amostragem não probabilística que, segundo Polit e Hungler (2004:149), se

baseia na “seleção não-aleatória dos seus elementos dentro da população”. Esta amostragem não-aleatória casual ou conveniente resulta de um procedimento de escolha em que “os elementos são selecionados por conveniência” (Maroco, 2007:30) e onde “cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser selecionado para formar a amostra” (Fortin,2000:208).

Para a definição da nossa amostra de conveniência, foram selecionados os utentes aplicando os seguintes critérios:

- Os utilizadores que frequentaram as UMS entre os dias 15 de julho e 30 de agosto;
- Os utilizadores com idades compreendidas entre os 18 e 100 anos;
- Os utilizadores com o grau de escolaridade mínimo - 1º ciclo do Ensino Básico;
- Orientação auto psíquica e alo psíquica, que o utente saiba dar informação correta sobre a sua identificação, o lugar que se encontra e o respetivo dia.

Segundo os critérios acima descritos foi estabelecida uma amostra de 586 utentes.

3.5 Dimensões a estudar

Tendo em consideração as características do estudo considerou-se importante a aplicação das seguintes dimensões para a avaliação da satisfação dos utentes:

- Aspectos sociodemográficos dos utentes das UMS;
- Satisfação relativa ao atendimento das UMS;
- Satisfação relativa às instalações das UMS;
- Satisfação relativa aos profissionais de saúde das UMS;
- Satisfação relativa aos serviços prestados nas UMS;
- Frequência com que veem às UMS;
- Intenção de voltar às UMS.

3.6 Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados deve aglomerar a informação sobre as variáveis em estudo de modo a dar resposta aos objetivos e às questões de investigação (Hill e Hill, 2005). Tendo por base o problema em estudo, as variáveis, o tipo de estudo e a amostra, o instrumento escolhido foi o inquérito por questionário.

Segundo Greenwood (cit. por Almeida e Pinto, 1990: 87), “ o inquérito corresponde ao mais estruturado e rígido dos tipos de entrevista, visto que nele se recorre a um conjunto de perguntas (...) estritamente programadas”. Quivy e Campenhoudt (1998:188) referem que o inquérito por questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos (...) uma série de perguntas relativas (...) às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais ”, permitindo a recolha de respostas objetivas e abranger um maior número de indivíduos, condições que dificilmente seriam conseguidas com outra técnica de recolha de informação.

Para além destes aspetos, o inquérito por questionário possibilita a recolha e organização de dados referentes a factos, ideias, sentimentos, pensamentos, comportamentos, atitudes e preferências dos sujeitos empíricos (Fortin, 2000). A escolha deste tipo de instrumento deve-se ao facto de termos considerado que os dados recolhidos contribuiriam para a compreensão de fenómenos como atitudes, opiniões, preferências e representações, que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem verbal, e que só raramente se exprimem de forma espontânea (Ghiglione e Matalon, 2001).

3.6.1 Descrição do Instrumento de Recolha de Informação e Tratamento de Informação

A construção do questionário foi antecedida de uma pesquisa da literatura científica referente a questionários dirigidos para a avaliação a satisfação dos utentes com a prestação dos serviços particularmente na área da saúde.

Os modelos escolhidos para serem utilizados no desenvolvimento do questionário foram os seguintes questionários validados: o modelo ECSI; o Projeto ComuniCare; o

SERVQUAL; o GPAQ; o EUROPEP e o PSQ. Para a sua elaboração foram respeitadas as cinco regras básicas (Vilares e Coelho, 2005):

- (i) Foco - Cada pergunta deve abarcar um único assunto /tópico específico;
- (ii) Clareza - Todos os inquiridos deverão ler e interpretar a pergunta da mesma forma);
- (iii) Brevidade -As perguntas devem ser breves;
- (iv) Vocabulário apropriado – Este deve ser simples e o mais possível familiar aos respondentes;
- (v) Gramática – As formas gramaticais devem ser simples e não apresentar dupla negação.

Teve-se em consideração a aparência gráfica geral do questionário, ou sejam, a disposição das perguntas e o espaço entre elas (Fortin,2000; Hill e Hill, 2005), ponderando também o tamanho e o aspeto estético do questionário, de modo a permitir uma leitura agradável e clara das perguntas (Hill e Hill, 2005).

Para Vilares e Coelho (2005) existem duas possíveis localizações para a questão da avaliação global: Se for colocada antes dos itens a avaliar fará com que esta medida seja menos enviesada (mais espontânea); se for colocada depois da lista a avaliar fará com que o utente faça uma reflexão sobre todos os itens. Neste caso, optou-se pela situação que permite que o utente faça uma reflexão sobre os vários itens questionados e que posteriormente responda à questão geral de satisfação.

O questionário é constituído por 24 itens, agrupados em 11 questões, das quais apenas uma é de resposta aberta e as restantes de resposta fechada (V. Anexo I). Ele é de reduzida dimensão, optando-se por manter um número de perguntas reduzido, mas aceitável e válido. Deste modo, pretendeu-se manter a atenção do utente ao longo do preenchimento total do questionário, explicitando de forma sincera e exata a sua opinião, evitando que este se sentisse impaciente e ou escolhesse as respostas aleatoriamente.

O modelo de questionário compreende várias seções:

1. Caracterização geral - Inclui aspetos sociodemográficos, como a idade, género e grau de instrução, permitindo constatar as diferenças de opinião dos utentes em função destes três tipos de variáveis.

2. A satisfação com a qualidade da unidade móvel em diversas áreas – Inclui o atendimento, as instalações, o serviço de enfermagem e o serviço médico. De seguida, segue-se uma avaliação da satisfação com a qualidade em termos globais.

3. A periodicidade de uso das unidades móveis pelos utentes, e a intenção de o fazer no futuro.

4. A opinião dos utentes quanto à periodicidade de acesso (as UMS no local) e aspetos a melhorar.

Pode-se assim definir um quadrante estratégico de atuação na melhoria do funcionamento das unidades móveis.

De forma a assegurar “que o questionário seja de facto aplicável e que responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador” (Ghiglione e Matalon, 2001:155), foi efetuado um **pré-teste** que foi realizado a 24 utentes que utilizaram a unidade móvel no dia 12 de julho. Avaliados os resultados obtidos no pré-teste, e não se tendo verificado dúvidas na compreensão e no preenchimento do questionário, não foi necessário proceder a qualquer alteração à versão utilizada.

3.6.2 Escalas de avaliação

As escalas de medida que foram usadas nas questões de resposta fechada foram a escala nominal, a escala ordinal, mais especificamente uma escala tipo *Likert* com seis pontos: Totalmente Satisfeito, Muito Satisfeito, Satisfeito, Insatisfeito; Muito Insatisfeito, Totalmente Insatisfeito.

3.6.3 Validação do questionário

Quando se constrói um questionário é fundamental proceder à avaliação da sua fiabilidade e validade, para que se possa usar esse instrumento de medida com segurança.

3.6.3.1 Fiabilidade e consistência interna - Existem diversos métodos que permitem determinar a fiabilidade de um questionário, sendo o mais habitual aquele que determina a consistência interna através do coeficiente Alfa (α) de Cronbach (Polit e Hungler, 1995; Hill e Hill, 2005). Os índices de consistência interna pretendem medir a magnitude na qual as questões de um instrumento são equivalentes, em termos de medir o atributo que se propõem. O coeficiente de Alfa de *Cronbach* varia entre 0 e 1, onde a consistência interna do instrumento será maior quanto mais próximo de 1 for o coeficiente. Para valores do α superiores a 0,70, a consistência interna de um instrumento é considerada sólida e aceitável (Polit e Hungler, 2004; Hill e Hill, 2005).

3.6.3.2 Validade - A validade do instrumento de medida reporta-se ao grau em que um instrumento mede aquilo que se pressupõe estar a medir. Uma das técnicas mais utilizadas é a análise fatorial, que foca a correlação das variáveis entre si. Existem diversos testes estatísticos que podem ser usados para testar a adequação do modelo fatorial, sendo o mais conhecido o teste de esfericidade de Bartlett. Também se pode utilizar o método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que compara as magnitudes dos coeficientes de correlação amostral com os valores dos coeficientes de correlação parcial. (Fortin, 2000; Vilares e Coelho, 2005; Hill e Hill, 2005).

Os valores do índice de KMO variam entre 0 e 1. A correlação entre as variáveis será maior, quanto mais próximo de 1 estiver o valor do índice (Fortin, 2000; Vilares e Coelho, 2005; Hill e Hill, 2005).

3.7 Aplicação do questionário

O questionário foi aplicado aos utentes das UMS entre os dias 15 de julho e 30 de agosto. A entrega do questionário foi realizada por um auxiliar, que teve formação prévia sobre o objetivo do estudo, o conteúdo do questionário e as informações a fornecer aos utentes para o seu preenchimento. Posteriormente a este esclarecimento, o

utente ficava sozinho no momento do preenchimento, sem assistência presencial do auxiliar de forma a manter o anonimato das respostas, a privacidade no preenchimento. Foi pedido a todos os inquiridos a maior sinceridade nas respostas.

Os utentes que foram abordados evidenciaram disponibilidade para participar no preenchimento do questionário.

3.8 Recolha, armazenamento, análise e apresentação dos dados

Após a aplicação dos questionários, estes foram numerados, criando uma base de dados para guardar os resultados dos itens do questionário. Para agilizar a introdução de dados em formato digital, utilizou-se a ferramenta de formulários do Google Docs que permitiu inserir os dados automaticamente validando os valores, não permitindo dados vazios ou fora dos intervalos definidos no questionário. Uma vez feita esta informação digital, o movimento seguinte foi importá-la para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) / Windows, que foi o escolhido para a análise estatística de dados, que será apresentada através dos formatos tabelas e gráficos. Também foi usado o programa *Microsoft Office Excel 2007* para a construção dos gráficos e das tabelas.

3.8.1 Validação do questionário

Para a sua validação, procedeu-se à verificação das seguintes aspetos do questionário: fiabilidade (coeficiente Alfa de *Cronbach*) e validade (índice KMO).

O resultado do coeficiente alfa (α) de *Cronbach* varia entre 0 e 1. A consistência interna é Muito Boa para valores de α superiores a 0,9; Boa para valores de α entre 0,8 e 0,9; Razoável para valores de α entre 0,7 e 0,8; Fraca para valores de α entre 0,6 e 0,7; Inaceitável para valores de α inferiores a 0,6 (Hill e Hill, 2005).

O resultado do coeficiente de KMO, que usa a análise fatorial e permite conclusões sobre a validade do instrumento analisado, varia entre 0 e 1. A análise fatorial é Muito Boa para valores de KMO superiores a 0,9; Boa para valores de KMO entre 0,8 e 0,9; Média para valores de KMO entre 0,7 e 0,8; Razoável para valores de KMO entre 0,6 e

0,7; Má para valores de KMO entre 0,5 e 0,6; e Inaceitável para valores de KMO inferiores a 0,5 (Hill e Hill, 2005).

3.8.2 *Análise das respostas*

A apresentação dos resultados obtidos em cada um dos itens do questionário, procedeu-se sob a forma descritiva.

3.8.3 *Procedimentos formais e éticos referentes à colheita de dados*

Para Fortin (2000:114), a ética “ é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta (...), é o conjunto de permissões e de interdições de um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Com o objetivo de aplicação do questionário para a colheita de dados, foi pedida previamente a autorização à Exma. Sr^a Administradora da Saúde e à Exma. Sr^a Coordenadora do PSMP (V. Anexo 2).

Quanto aos procedimentos éticos, foi garantido o anonimato e certificada a confidencialidade dos dados obtidos. Todos os utentes foram informados sobre os objetivos do estudo, que o preenchimento do questionário era um ato voluntário e que estava garantida a confidencialidade da sua participação.

3.8.4 *Apresentação e Fiabilidade e validade dos dados*

Nesta seção os dados serão apresentados pela ordem do questionário e de acordo com as variáveis em questão, para que a análise de conteúdo seja facilmente acompanhada.

Da avaliação feita pelos utentes relativamente aos *aspetos de atendimento* (V. Tabela 1) verificou-se que existem dois itens com correlações inferiores a 0,5, a saber a organização do processo de atendimento e a informação dada pelos auxiliares. Apesar disso, existe uma correlação, positiva e significativa entre as variáveis e os resultados obtidos são considerados de nível médio (KMO=0,771; Bartlett's $\chi^2=0,000$ $p<0,001$). O valor de Alfa é de 0,808 o que traduz uma consistência interna boa.

KMO	Alfa						Correlação Item-Total	Alfa Item deleted
,771	,808	Tempo de espera	1,00				,600	,779
		Horário de funcionamento	,584	1,00			,646	,751
		Organização do processo de atendimento	,498	,534	1,00		,659	,744
		Informação dada pelos auxiliares	,461	,479	,630	1,00	,611	,766

Tabela 1 - Matriz de correlação de aspetos do atendimento (n=586)

Relativamente ao horário de funcionamento, os resultados vai ao encontro dos estudos de Villaverde *et al* (2002), da avaliação desenvolvida pelo Moniquor (2005) e da avaliação da ERS (2008), contrariando os estudos de Biscaia *et al* (2006) e Santos (2007).

Da avaliação feita pelos utentes inquiridos relativamente ao fator *instalações físicas*, verificou-se (V. Tabela 2) que existem dois componentes com valores inferiores a 0,5 que são o conforto das instalações da sala de espera e o conforto das instalações da sala de consulta. Mesmo assim, existe uma correlação positiva e significativa entre as variáveis e os resultados obtidos são considerados de nível razoável (KMO = 0,634; Bartlett's $\chi^2=0,000$ $p<0,001$). O valor de Alfa é de 0,763 o que traduz uma consistência interna razoável.

KMO	Alfa					Correlação Item-Total	Alfa Item deleted
,634	,763	A limpeza e higiene das instalações	1,00			,456	,830
		Conforto das instalações da sala de espera	,428	1,00		,689	,569
		Conforto das instalações da sala de consulta	,454	,754	1,00	,714	,536

Tabela 2 - Matriz de correlação do fator instalações físicas

Se o item adstrito à limpeza e higiene das *instalações* fosse retirado do questionário a consistência interna passaria para valores de Alfa = 0,830, o que é exemplificado na análise seguinte. Na Tabela 3 observou-se que não existem itens com valores de correlação inferiores a 0,5.

KMO	Alfa				Correlação Item-Total	Alfa Item deleted
0,500	0,830	Conforto das instalações da sala de espera	1,00		,709	
		Conforto das instalações da sala de consulta	,754	1,00	,709	

Tabela 3- Matriz de correlação do fator instalações físicas

Apesar de existir uma correlação positiva e significativa entre as variáveis, os resultados obtidos são considerados no nível baixo (KMO = 0,500; Bartlett's $\chi^2=0,000$ $p<0,001$). Verificou-se uma diminuição do valor de KMO, o que se reflete numa avaliação má. O mesmo não aconteceu com o valor de Alfa que passou de 0,763 para 0,830 o que representa uma consistência interna boa.

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

Da avaliação feita pelos utentes ao *desempenho da Equipa de Enfermagem*, verificou-se (V. Tabela 4) que não existe nenhum item com valores inferiores a 0,5. Existe uma correlação positiva e significativa entre as variáveis e os resultados obtidos são considerados no nível Bom (KMO = 0,825; Bartlett's $\chi^2=0,000$ $p<0,001$). O valor de Alfa é de 0,921 o que traduz uma consistência interna muito boa.

KMO	Alfa						Correlação Item-Total	Alfa Item deleted
,825	,921	A informação dada	1,00				,818	,897
		A disponibilidade	,892	1,00			,889	,872
		O tempo de consulta	,722	,778	1,00		,795	,905
		Relacionamento	,737	,778	,732	1,00	,769	,913

Tabela 4 - Matriz de correlação da equipa de enfermagem (N=586)

Da avaliação feita pelos utentes ao *desempenho da equipa médica*, verificou-se (V. Tabela 5) que não existem itens com valores inferiores a 0,5.

KMO	Alfa						Correlação Item-Total	Alfa Item deleted
,816	,940	A informação dada	1,00				,858	,921
		A disponibilidade	,911	1,00			,908	,906
		O tempo de consulta	,759	,800	1,00		,825	,931
		Relacionamento	,780	,808	,826	1,00	,838	,927

Tabela 5 - Fator de correlação da equipa médica (n=586)

Existe uma correlação positiva e significativa entre as variáveis e os resultados obtidos são considerados no nível Bom (KMO = 0,816, Bartlett's $\chi^2=0,000$ $p<0,001$). O valor de Alfa é de 0,940 o que traduz uma consistência interna muito boa.

Os estudos efetuados por Pereira *et al* (2001); Villaverde *et al* (2002) e Biscaia *et al* (2006) revelam que a disponibilidade dos profissionais é um problema. Os utentes estão insatisfeitos com a comunicação entre os profissionais, gerada pela limitação de tempo e pela sua pouca disponibilidade já que têm diversas atividades, e pela ausência de escutar e de falar com o utente.

Quanto à qualidade relacional consideram boa, o que contraria os estudos realizados por Pereira *et al* (2001) e Biscaia *et al* (2006), estando de acordo com os estudos desenvolvidos pelo Moniquor (2005) e Ferreira *et al* (2005).

4 Análise de dados e resultados

Como já referido, este capítulo focar-se-á em cada um dos itens do questionário, nos seus dados adquiridos e o significado dos mesmos.

4.1 Caraterização sociodemográfica dos utentes inquiridos

Neste seção são apresentadas as caraterísticas gerais da amostra relativamente ao género, idade e habilitações literárias. A amostra em estudo é constituída por 586 utentes, não havendo respostas em branco ou inválidas. O método de inserção na base-de-dados digital permitiu garantir este facto.

- **Género**

Pela observação do Gráfico 1 verifica-se que dos 586 utentes inquiridos, o género feminino está mais representado na amostra em estudo com 65% (381) dos casos.

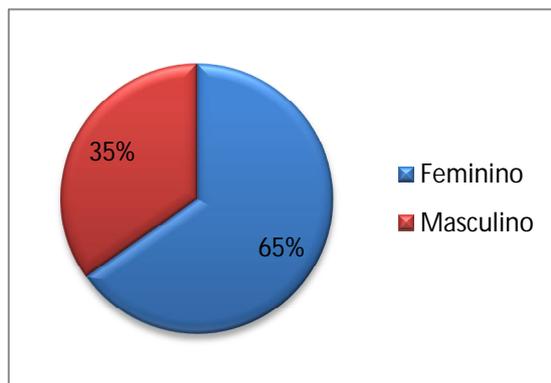


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género (n=586)

Estes resultados, apesar de não serem representativos da população geral, vão de encontro às caraterísticas da população portuguesa, onde o sexo feminino está mais representado (52,2%) segundo dados dos censos de 2011.

- **Idade**

Relativamente à análise da distribuição dos utentes por grupos etários (V. Gráfico 2) dos 586 inquiridos, o grupo etário das idades entre 55 e os 64 anos (21,1%) é o mais representado, ao contrário dos dados do INE de 2011 onde a idade média da população é 41,83. Seguem-se o grupo etário entre os 45 e os 54 anos (17,2%) e o grupo etário dos 65 aos 74 anos (16,2%).

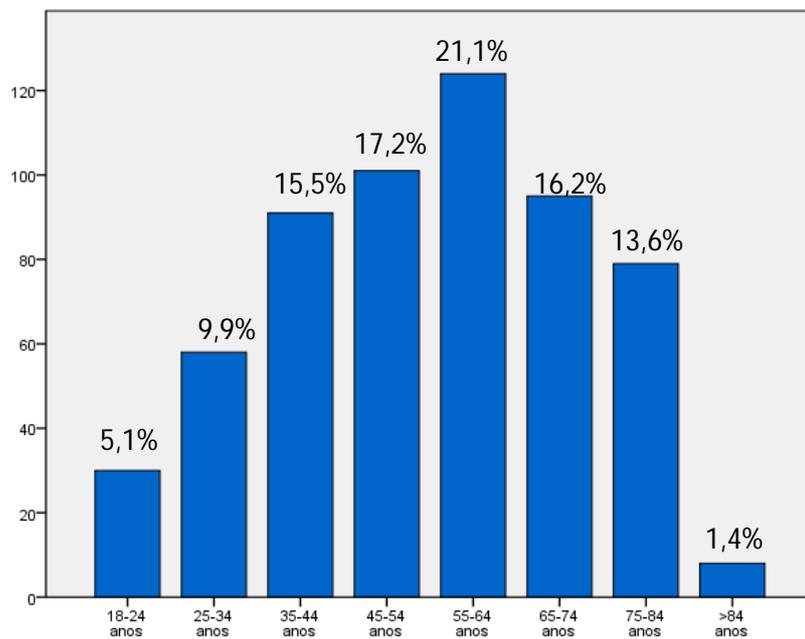


Gráfico 2 - Distribuição etária por classes (n=586)

- **Grau de Escolaridade**

Pela observação do Gráfico 3, dos 586 utentes inquiridos, 27% (158) possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguindo-se os utentes que têm o Ensino Secundário 26% (153) e os utentes que têm uma Licenciatura 21% (122).

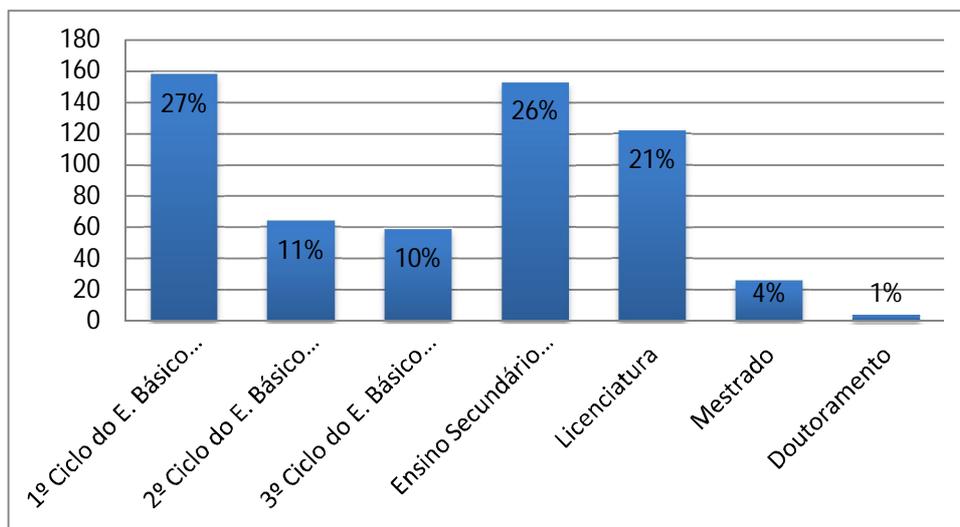


Gráfico 3 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade (n=586)

Segundo os Censos de 2011, 25,4% da população residente em Portugal possui o 1º ciclo do Ensino Básico, o que vai de encontro aos dados deste estudo.

É interessante observar que nesta amostra existe uma concentração, ou seja, os dados distribuem por utentes que possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico, ou no (quase) outro extremo, uma educação superior (Licenciatura\Mestrado). Esta concentração no antigo grau de escolaridade obrigatória do 1º Ciclo explica-se pela presença das percentagens nas faixas etárias mais adultas. É de referir, no entanto, a presença de uma forte percentagem de sujeitos que cobrem as decisões sobre a escolaridade obrigatória que foram sendo feitas ao longo destes últimos anos, sendo a do Ensino Secundário a mais recente. Quanto à percentagem que tem um curso superior, é de realçar o grande interesse na utilização das UMS, especialmente se considerarmos o somatório das percentagens adstritas à Licenciatura, Mestrado e Doutoramento (26%). É de referir que segundo os resultados dos Censos 2011, e no total da população residente em Portugal, há cerca de 12% com estas habilitações académicas.

4.2 Análise das frequências absolutas e relativas

Nesta seção serão explicitadas as frequências (F) de cada variável, as respetivas médias (M) e os desvios padrão (DP).

Para Pestana e Gageiro (2005), a interpretação das médias não tem qualquer sentido nas escalas de avaliação, servindo apenas para comparar a localização das distribuições dos diversos itens, devendo desta forma ser completada pelas tabelas de frequência de cada item avaliado. Para estes mesmos autores, é o desvio padrão que determina a menor dispersão das respostas, ou seja, a concentração delas, e não a interpretação da média, já que esta que pode conduzir a conclusões erradas.

No entanto, nos estudos de satisfação é usual que o investigador tencione conhecer o nível médio das avaliações em relação a um conjunto de variáveis que constam do questionário. Em relação aos aspetos de atendimento (V. Tabela 6), o tempo de espera até serem atendidos, tendo 71,5% dos utentes inquiridos expresso estarem totalmente satisfeitos (M-1,42; DP-,715). Relativamente ao horário de funcionamento da unidade móvel, 73,7% dos utentes inquiridos estão totalmente satisfeitos (M-1,32; DP-,585). No que se refere à organização do processo de atendimento, 65,5% dos utentes estão totalmente satisfeitos (M-1,40; DP-,598). Quanto à informação dada pelos auxiliares sobre os aspetos de atendimentos, 71,3% dos utentes estão totalmente satisfeitos (M-1,34; DP-,591).

Escala	TS		MS		S		I		MI		TI		Total		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Tempo de espera	419	71,5	90	15,4	77	13,1	0	0	0	0	0	0	586	100	1,42	,715
Horário de funcionamento	432	73,7	118	20,1	36	6,1	0	0	0	0	0	0	586	100	1,32	,585
Organização do processo de atendimento	384	65,5	168	28,7	34	5,8	0	0	0	0	0	0	586	100	1,40	,598
Informação dada pelos auxiliares	418	71,3	137	23,4	30	5,1	0	0	1	,2	0	0	586	100	1,34	,591
Legenda: TS - Totalmente Satisfeito; MS - Muito Satisfeito; S - Satisfeito; I – Insatisfeito; MI – Muito Insatisfeito; TI – Totalmente Insatisfeito																

Tabela 6- Distribuição das frequências absolutas; M e DP - Aspetos de Atendimento

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

Quanto à higiene e limpeza das instalações das UMS (V. Tabela 7) os utentes estão totalmente satisfeitos, 76,8%. (M-1,27; DP-,530). Relativamente à satisfação com o conforto das instalações da sala de espera e da sala de consulta, os utentes estão totalmente satisfeitos em 48,3% (M-1,75; DP-,828) e 48,1% (M-1,75; DP-,831), respetivamente.

Escala	TS		MS		S		I		MI		TI		Total		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
A limpeza e higiene das instalações	450	76,8	112	19,1	24	4,1	0	0	0	0	0	0	586	100	1,27	,530
Conforto das instalações da sala de espera	283	48,3	176	30,0	125	21,3	1	,2	0	0	1	,2	586	100	1,75	,828
Conforto das instalações da sala de consulta	282	48,1	178	30,4	119	20,3	6	1,0	0	0	1	,2	586	100	1,75	,831
Legenda: TS - Totalmente Satisfeito; MS - Muito Satisfeito; S - Satisfeito; I - Insatisfeito; MS - Muito Insatisfeito; TI - Totalmente Insatisfeito																

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas; M e DP - Instalações físicas (n=586)

A avaliação feita pelos utentes em estudo, no que se refere aos *profissionais de saúde* é maioritariamente positiva (Tabela 8).

Itens	TS		MS		S		I		MI		TI		Total		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Equipe de Enfermagem																
A informação dada	510	87,0	58	9,9	17	2,9	1	,2	0	0	0	0	586	100	1,16	,452
A disponibilidade	515	87,9	53	9,0	18	3,1	0	0	0	0	0	0	586	100	1,16	,443
O tempo de consulta	506	86,3	61	10,4	19	3,2	0	0	0	0	0	0	586	100	1,17	,453
Relacionamento	513	87,5	57	9,7	16	2,7	0	0	0	0	0	0	586	100	1,16	,435
Equipe Médica																
A informação dada	511	87,2	57	9,7	17	2,9	1	,2	0	0	0	0	586	100	,466	1,17
A disponibilidade	512	87,4	59	10,1	15	2,6	0	0	0	0	0	0	586	100	,425	1,15
O tempo de consulta	502	85,7	67	11,4	17	2,9	0	0	0	0	0	0	586	100	,453	1,17
Relacionamento	508	86,7	61	10,4	17	2,9	0	0	0	0	0	0	586	100	,441	1,16
Legenda: TS - Totalmente Satisfeito; MS - Muito Satisfeito; S - Satisfeito; I - Insatisfeito; MS - Muito Insatisfeito; TI - Totalmente Insatisfeito																

Tabela 8-Distribuição das frequências absolutas, M e DP - Profissionais de Saúde (n=586)

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

A *equipa de Enfermagem* reúne uma avaliação muito positiva em todos os indicadores. A tabela mostra que a informação fornecida, 87,0% dos utentes inquiridos ficaram totalmente satisfeitos (M-1,16; DP-,452). No que concerne à disponibilidade 87,9% dos utentes estão totalmente satisfeitos (M-1,16; DP-,443). Quando efetuam uma avaliação quanto ao tempo de consulta, 86,3% estão totalmente satisfeitos (M-1,17 DP-,453). Relativamente ao relacionamento com a equipa de enfermagem, 87,5% ficaram totalmente satisfeitos (M-1,16; DP-,435).

A *equipa Médica* também reúne uma avaliação positiva em todos os indicadores avaliados por parte dos utentes. Quanto à informação dada, 87,2% dos utentes inquiridos ficaram totalmente satisfeitos (M-,466; DP-1,17). Relativamente à disponibilidade, 87,4% dos utentes inquiridos ficaram totalmente satisfeitos (M-,425; DP-1,15). No que se refere ao tempo de consulta, 85,7% estão totalmente satisfeitos (M-,453; DP-1,17). Quanto ao relacionamento com a equipa médica, 86,7 % ficaram totalmente satisfeitos (M-,441; DP-1,16).

Quanto ao nível de *satisfação global*, 61,3 % dos utentes refere estar totalmente satisfeito com o serviço prestado, 32,4% muito satisfeito e 6,3% satisfeito, pelo que todos (100%) (V. Tabela 9). A medida de satisfação dos utentes permite saber a sua opinião acerca de diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logístico (Ware *et al*, 1983; Cleary e McNeil,1988; Fitzpatrick,1991).

A combinação dos resultados obtidos vai ao encontro das expetativas deste projeto, demonstrando claramente um grau de satisfação elevado por parte dos utentes em todas as vertentes analisadas e relevantes. A tabela seguinte comprova este facto através da seguinte distribuição:

	TS		MS		S		I		MI		TI		Total		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Satisfação global	359	61,3	190	32,4	37	6,3	0	0	0	0	0	0	586	100	1,45	,612
Legenda: TS - Totalmente Satisfeito; MS - Muito Satisfeito; S - Satisfeito; I – Insatisfeito; MS – Muito Insatisfeito; TS – Totalmente Insatisfeito																

Tabela 9- Distribuição das frequências absolutas, M e DP - Satisfação Global (n=586)

A Tabela 10 apresenta as respostas dadas à pergunta “Já tinham vindo à UMS”. Verificou-se que 79,7% dos utentes responderam negativamente quando questionados se já tinham vindo à unidade móvel e 20,3% dos utentes refere já ter vindo anteriormente.

		F	%
Já tinha vindo à UMS?	Sim	119	20,3
	Não	467	79,7
	Total	586	100

Tabela 10- Distribuição das frequências absolutas - Vinda anterior à UMS (n=586)

Uma vez que o objetivo das UMS é percorrer a cidade de Lisboa, o tempo em que cada UMS estaciona num local é esporádico. Mesmo tendo em conta este fator, verificou-se que os utentes voltavam à UMS, quando a mesma repetia o percurso e regressava ao local onde os utentes tinham-na, anteriormente recebido.

Relativamente aos utentes que referiram já ter vindo à UMS anteriormente, 63,9% (f=76) refere ter vindo de vez em quando, seguindo-se 18,5% (f=22) de raramente e 17,6% (f=21) de muitas vezes (Gráfico 4).

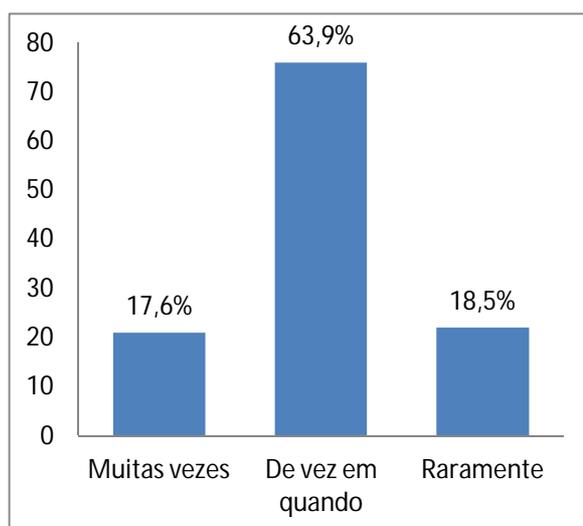


Gráfico 4 - Frequência de vinda anterior às UMS

Pela observação da Tabela 11 constatou-se que 99,8% dos utentes responderam afirmativamente quando questionados se pensam voltar às unidades móveis. Este resultado encontra-se de acordo com o que afirma Saias (2007) “Clientes satisfeitos, são fiéis, falam bem da organização”.

		F	%
Pensa voltar?	Sim	585	99,8
	Não	1	0,2
	Total	586	100

Tabela 11- Distribuição das frequências absolutas - Voltar às UMS no futuro (n=586)

Quanto questionados sobre a frequência das UMS no mesmo local, 48,1% dos utentes referiram uma vez por mês, seguindo-se de dois em dois com 17,7% dos inquiridos (Gráfico 5).

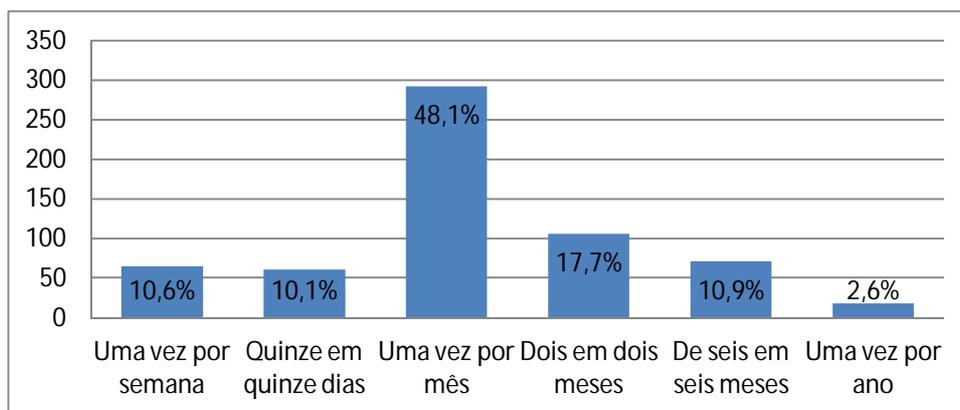


Gráfico 5- Frequência das UMS no mesmo local

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

A questão 11 era uma questão aberta, que apelava à opinião/sugestão dos utentes sobre aspetos a alterar para a melhoria do funcionamento da UMS. O Quadro 4 resume as opiniões/sugestões recolhidas:

Itens / excertos de respostas	
Horário de funcionamento: “horário de funcionamento até mais tarde”;	2
Informação dada pelos auxiliares: “explicar melhor o que é feito no rastreio”	3
Profissionais de Saúde: “ Estar presente um Dermatologista”	3
Elogio à UM: “está tudo bem organizado e funcional”	5
Melhores condições da sala de consulta: “sala de espera maior”;	10
“ter ar condicionado”	6
Sugestão de locais para rastreio: Fora de Lisboa	7
Sugestão para outros temas:	
Cardiovasculares	6
Respiratório	1
Infeções Sexualmente Transmissíveis	1
Visual	1
Divulgação: “melhorar a divulgação”	19
Melhorar a forma de encaminhamento: “ser diretamente para a especialidade”	4
Outros:	
Folheto informático com mais informação	1
Ter uma apresentação multimédia para os mais jovens	1
Aumento do tempo de consulta	2
Toldo para abrigo das condições climatéricas	2
Acessibilidade mais fácil	2
Manter frequência regular nos locais	

Quadro 4 - Opiniões /sugestões dos utentes

5 Considerações Finais

Nestas **palavras finais**, reiteramos a opinião de que a avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde é crucial para que haja uma caracterização dos cuidados prestados, das infraestruturas existentes e da qualidade do atendimento. Desta forma, poderão ser identificados os pontos de satisfação /insatisfação e funcionalidade /inoperacionalidade do serviço das UMS. A satisfação dos utentes influencia a qualidade e a eficiência do serviço prestado, sendo utilizada como um instrumento de apoio à gestão para a melhoria contínua do serviço.

Este trabalho adotou uma metodologia habitual na investigação sobre os serviços em saúde – a utilização de um questionário – que foi construído e validado para avaliar a satisfação dos utentes das UMS. A utilidade desta investigação é reforçada pelo facto de que as UMS têm como principais objetivos a promoção da saúde e sensibilização para hábitos de vida saudáveis, contribuindo para que a população se torne mais saudável e para a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

A pergunta de partida deste estudo “**Será que os utentes estão satisfeitos com as Unidades Móveis?**” levou à formulação das seguintes questões:

1. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com o atendimento das UMS da SCML?
2. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com as instalações das UMS da SCML?
3. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com o desempenho dos profissionais de saúde das UMS da SCML?
4. Os utentes lisboetas estão satisfeitos com os serviços prestados nas UMS da SCML?
5. Os utentes lisboetas já tinham vindo às UMS da SCML?
6. Os utentes lisboetas tencionam voltar às UMS da SCML?

Os **resultados** do estudo permitem apresentar algumas conclusões que abordaremos de seguida.

Quanto à satisfação, objeto principal do nosso estudo, pode-se ressaltar alguns dos resultados do estudo, apesar das limitações relacionadas com a representatividade da amostra. Duma forma geral, os utentes inquiridos manifestaram-se bastante satisfeitos em todas as dimensões avaliadas.

As questões que mostraram um maior nível de satisfação por parte dos utentes inquiridos disseram respeito à avaliação dos profissionais de saúde. Os utentes manifestaram estarem totalmente satisfeitos nos itens sobre a avaliação dos profissionais de saúde num intervalo de 85,7% a 87,9% das respostas.

Os níveis de satisfação mais baixos são respeitantes ao fator instalações físicas das UMS. Apesar disso, não se pode dizer que a avaliação feita pelos utentes seja negativa, pois mesmo nos itens que tiveram uma pontuação mais baixa - conforto das instalações da sala de espera e o conforto das instalações da sala de consulta - as respostas representadas foram 48,3% e 48,1%, respetivamente. No entanto, as sugestões de melhores condições na sala de consulta só foram sugeridas por 16 utentes.

Relativamente ao grau de satisfação global, 61,3% dos utentes referem estar totalmente satisfeitos com o serviço, o que torna exetável o seu regresso às UMS no futuro.

Este resultado é bastante bom pois, uma vez que as UMS circulam pela cidade de Lisboa, o tempo em que cada UMS está num local é esporádico. Mesmo tendo em conta este fator, verificou-se que os utentes voltavam à UMS quando a mesma repetia o percurso e regressava ao local onde os utentes a tinham anteriormente encontrado.

Relativamente à hipótese de voltar a usar o serviço da UMS, 99,8% os utentes referiram afirmativamente, facto que é considerado por alguns autores como sendo um indicador importante de qualidade em saúde (Ribeiro, 2003). No entanto, dada a expressão deste resultado, realçamos uma vez mais as limitações da representatividade da amostra já mencionadas.

É fundamental refletir sobre a razão por que os utentes avaliam de forma tão positiva o serviço prestado. Daí apresentarmos algumas sugestões para estudos futuros:

1. O recurso a metodologias de correlação para detetar e descrever relações entre algumas variáveis relacionadas com os utentes ou com os serviços e a satisfação;
2. A realização de estudos sobre a satisfação dos profissionais de saúde e da sua influência na satisfação dos utentes.

A realização deste trabalho permitiu aplicar os conhecimentos teóricos obtidos ao longo do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde bem como dar uma perspetiva

profissional diferente ao associar estes conceitos teóricos a exemplos práticos, exigindo a aplicação da metodologia de investigação utilizada na construção desta tese, nomeadamente a construção de um questionário, a utilização da ferramenta SPSS e a análise, representação e discussão dos dados obtidos.

Por fim, é possível concluir que a realização deste trabalho permitiu obter uma nova perspetiva do trabalho desenvolvido pelas UMS que, antes deste estudo, não possuía uma noção sustentada acerca dos seus reais níveis de satisfação. De facto, a rotina assume-se como um dos principais constrangimentos à construção de uma consciência crítica mas é o primeiro passo para o reconhecimento da necessidade de uma atitude pró-ativa.

6 Referências Bibliográficas

- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. 2005. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, J. F; Pinto, J. M. 1990. *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Alves, M.J. 2007. *O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Tese para a obtenção do grau de mestre em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Atun, R.2004.What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, consultado a 15 de Abril de 2013.
- Biscaia, A. *et al.* 2006. Os Centros de Saúde em Portugal – A procura e a oferta de serviços, disponível <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/centros+saude+estudo.htm>, consultado 23 julho de 2013.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M. & Gonçalves, I. 2008. *Cuidados de saúde primários em Portugal: Reformar para novos sucessos* (2ªed.).Lisboa: Fundação AstraZeneca.
- Cabello E. 2001. Calidad de la atención medica? Paciente o cliente? *Revista Medicina Hered*, 12 (3):96-99.
- Campbell, S., Roland, M. & Buetow. 2000. Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51:1611-1625.
- Campos, L. *et al.*2009. *Governança dos Hospitais* (1ªed). Alfragide: Casa das Letras.
- Carr-Hill, R.A. 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, 14 (3):236-249.
- Chastoray, P& Mpinga, EK. 2011. *Satisfaction of patients: a right to health indicator?* Disponnível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21126793>, consultado 26 de maio de 2013.
- Cleary, P & McNeil, B. J. 1988. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25:25-36.
- Cleary, P.D. & McNeil, B.J. 1988. Patient satisfaction as an indicator of quality for care. *Inquiry*, 25 (1):25-36.
- *Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João, Porto.
- Correia, C. 2010. Cuidados de saúde primários: Investir na saúde, construir a mudança. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/2010/11/19/op-csp/>, consultado a 19 de Dezembro de 2012.
- Cronbach, L. J. 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16:297-334.

- Donabedian, A. 1980. Definition of quality and approaches to its assessment. ***In Explorations in Quality Assessment and Monitoring***, Vol.1. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? ***Journal of the American Medical Association***.
- Entidade Reguladora da Saúde. 2009. Estudo de acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primarios_-_Relatorio.pdf, consultado em 23 de agosto de 2013.
- Ferreira, P. L. *et al.* 1997. Some Concepts of Health in Outcome Assessment. Ruinen: In N. Bentzen, A. Hutchinson & C. Richardson (Eds.), ***Health Outcomes Measurement***: 27-33.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. 2006. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. ***Revista Portuguesa de Clínica Geral***, 22 (3): 288.
- Ferreira, P., Raposa, V. & Godinho, P. 2005. ***A voz dos utilizadores dos centros de saúde***. Edição Ministério de Saúde – Instituto da Qualidade em Saúde.
- Ferreira, P.L. 1991. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. ***Revista Crítica de Ciências Sociais***, 33:93-112.
- Ferreira, P.L. 2000. Avaliação dos doentes de cuidados primários: Enquadramento conceptual. ***Revista Portuguesa de Clínica Geral***, 6:53-62.
- Ferreira, P.L., Antunes, P. e Portugal, S. 2010. ***O valor dos cuidados de saúde primários: Perspetiva dos utilizadores das USF***. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Ferreira, P.L., Raposo V. & Godinho, P. 2005. ***A voz dos utilizadores dos centros de saúde***. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde.
- Ferreira, P.L., A., Raposo, V., Godinho, P. & Feliício, E. 2001. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, 2:53-61.
- Filho G. 1990. O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços. ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, 8(2): p.59-64.
- Filho, G. N. 1990. O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços. ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, 8 (2):59-64.
- Fitzpatrick, R. 1991. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. ***British Medical Journal***, 302:1129-1132.
- Fitzpatrick, R. 1993. Scope and measurement of patient's satisfactions in Fitzpatrick e Hopkins (eds.), ***Measurement of patient's satisfaction with their care***:1-17 . London: Royal college of Physicians of London.
- Fortin, M.F. 2000. ***O Processo de Investigação: Da conceção à realização*** (2ª ed), Loures: Lusociência.
- Fragata, J. 2006. Risco Clínico: complexidade e performance (1ª Ed). Coimbra: Almedina.
- Franco, M. & Florentim, R. 2006. A satisfação dos utentes em serviços de saúde: Um estudo exploratório sobre o departamento de psiquiatria e saúde mental do centro hospitalar da cova da beira. ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, 24 (1):21-35.
- Gasquet, I 1999. Satisfaction des patients et performance hospitalière. ***Presse Med***, 28:1610-1613.

- Gasquet, I. 1999. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *Presse Med*, 28: 1610-1613.
- Ghiglione, R. & Malaton, B. 2001. *O Inquérito: Teoria e Prática*. Lisboa: Celta Editora.
- Graça, L. 1994. Para uma teoria da satisfação dos utentes de serviços de saúde. *Notas de Leitura*, 119:7-13.
- Grol, R. & Wensing, M. 2000. *Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument*.
- Gronroos, C. 2003. *Marketing: Gerenciamento e serviços* (2ªed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- *Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. 2012. Reagrupamento dos centros de saúde: Aspectos e princípios a ter em conta. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hall, T. & Dornan, M. 1990. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Soc Sci Med*, 30:811-818.
- Hespanhol, A., Ribeiro, O. & Costa-Pereira, A. 2005. Assegurar qualidade no centro de saúde São João: Satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6):191-197.
- Hill, M. & Hill, A. 2005. *Investigação por questionário*. Lisboa:Edições silabo.
- Kluck, M. 1997. *Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar*. Faculdade de Medicina: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disciplina de Administração e Planeamento em Saúde.
- Lei 48/90 (Lei de Bases da Saúde) de 24 de Agosto 1990. Diário da República, nº195, I Série, p.3452-3464. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Linder-Pelz, S. 1982. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16 (5):577-582.
- Lopes, H. 2000. *Gestão da doença & qualidade em saúde*. Comissão sectorial da saúdedo IPS.
- Lovelock, C. & Wright, L. 2003.*Serviços: Marketing e gestão*. São Paulo:Saraiva.
- Madeira, M. A. 1995. *Gestão da Qualidade - Conceitos, Sistemas de Gestão, Instrumentos*. Lisboa: Publicações do Secretariado para a Modernização Administrativa.
- Maroco, J..2007. *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Editora Silabo.
- McIntyre, T. 1999. *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes nos serviços de saúde na região norte*. Porto: ARS Norte e Universidade do Minho.
- McIntyre, T.M. *et al* 2002. *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Avaliação e divulgação*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Miguel, L.S. & Sá, A.B. 2010.*Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Milan, G. S. e Trez, G. 2005. Pesquisa de satisfação: Um modelo para planos de saúde. RAE electronic. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167656482005000200002&script=sci_arttext, consultado em 19 de julho de 2013.

- Morgado, V. 2007. *Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro*:13-15.
- Neves, A. 2002. *Gestão na administração pública*. Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- Organização Mundial de Saúde 2000 disponível em www.who.int/whr/en/, consultado em 23 de maio de 2013.
- Ovreteit, J. & Gustafson, D. 2003. Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes. *British Medical Journal*, 326:759-761.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1988. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Marketing*, 64 (1): 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1991. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4): 420-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50.
- Pereira, M.; Soares, V. & McIntyre, T. 2001. Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2:69-80.
- Pestana, M. & Gageiro, J. 2005. *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ªed). Lisboa:Edições Sílabo.
- Pires, A. R. 2004. *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia (80ª ed.). Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm>, consultado a 2 de Fevereiro de 2013.
- Pisco, L. *et al* 2003. *A voz dos utentes dos centros de saúde: Avaliação da satisfação*. Lisboa: Qualidade em Saúde.
- Polit, D. F; Beck, C. T. & Hungler, B. P.2004. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Brasil:Artmed Editora.
- *Portugal. INE*. Censos 2011- Resultados provisórios. Lisboa: INE,2011. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554, consultado em 10 de setembro de 2013.
- Quivy, R. & Campenhout, L. V. 1998. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramsaran-Fowar, R.2005. Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27:428-443.
- Ramsaran-Fowdar, R. 2005. Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27:428-443.
- Ramsay, J.; Campbell, J.; Schroter, S.; Green, J. & Roland, M. (2000). The General practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. *Family Practice*, 17: 372-379.
- Ribeiro, J. 2003. A empresarialização dos hospitais. *Revista Qualidade em Saúde*. 7:10.

- Roseira, M. 2003. Igualdade de acesso aos cuidados de saúde in AA vv (Eds.) *Direitos do Homem e Biomedicina*:45-54. Lisboa: universidade católica editora.
- Roter, D. 1989. Which facets of communication have strong effects on outcome – A Metanalyses? In M. Stuart e I.D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients*: 183-196. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ruqoym D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Luc Albarelo et al (orgs.). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Saias, L. 2007. *Marketing de serviços: Qualidade e fidelização de clientes*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Sale, D. 2000. *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: Para os profissionais de equipa de saúde* (1ªed). Lisboa: Principia.
- Santos, O. et al. 2007. Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento atual e prioridades de reforma. Disponível <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2062/1/Osvaldo%20Santos%2007.pdf>, consultado em 23 de julho de 2013.
- Silva, J.C. 2001. Qualidade em serviços públicos. *Revista Qualidade em Saúde*, 5:8-9.
- Starfield, B. 2009. Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180 (11):1091-1092. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683215/pdf/1801091.pdf>, consultado a 12 de Abril de 2013.
- Stizia, J. & Wood, N. 1997. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45:1829-1843.
- Strasser S, Aharony L& Greenberger D. 1993. *The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127084>, consultado a 4 de julho de 2013.
- Tam, J. 2007. Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre. *Marketing Intelligence e Planning*, 25(7):732-745.
- Verma, D. & Sobtil, R. 2002. Patients' perception of medical services. *Journal of Services Research*, 2(1):123-135.
- Vicente S. 2007. Avaliação do grau de satisfação dos utentes do centro de atendimento a toxicodependentes de castelo branco: Programa de substituição opiácea com metadona e buprenorfina-2006. *Revista Toxicoddependências. Edição IDT*. 13(3):53-60.
- Vilares, M. J. & Coelho, P.S.2005. *Satisfação e lealdade do cliente: Metodologias de avaliação, gestão e análise*. Lisboa: Escolar Editora.
- Villaverde, C. M.; Alcântara, S.P. & Mendes, H. 2002. *Saúde e doença em Portugal* (3ªed). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Vinagre, M. & Neves, J. 2008. The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *Internacional Journal of health Care Quality Assurance*, 21 (1): 87-108.
- Ware, J.; Snyder, M.; Wright, W. & Davies, A. 1983. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6:247-263.
- Zanon, U. 2000. Qualidade da assistência médico- Hospitalar – Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. *Revista de Programação em Saúde*, 2:15-22.

- Zeithmal, V. & Bitner, M. 2003. *Marketing de services: A empresa com foco no cliente* (2ªed). Porto Alegre: Bookman.

7 Anexos

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

Anexo 1 – Questionário de Satisfação

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Este questionário pretende saber a sua opinião sobre a prestação das Unidades Móveis.
Para indicar as suas escolhas, faça um X.

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Grau de Escolaridade:

- 1º Ciclo do E. Básico (Ensino Primário)
 2º Ciclo do E. Básico (Ensino Preparatório)
 3º Ciclo do E. Básico (9º ano)
 Ensino Secundário (12º ano) / Liceu
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

4. A sua satisfação em relação aos seguintes aspetos do atendimento na Unidade Móvel:

Aspetos	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito
4.1. O tempo de espera até ser atendido						
4.2. O horário de funcionamento						
4.3. Como está organizado o processo de atendimento						
4.4. A informação dada (pelos auxiliares)						

5. A sua satisfação em relação aos seguintes aspetos das instalações físicas

Aspetos	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito
5.1. A limpeza e higiene das instalações						
5.2. Conforto das instalações da sala de espera						
5.3. Conforto das instalações da sala de consulta						

6. A sua satisfação em relação aos cuidados prestados na Unidade Móvel:

	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito
6.1. Pelo Enfermeiro						
6.1.1. A informação dada						
6.1.2. A disponibilidade						
6.1.3. O tempo de consulta						
6.1.4. Relacionamento						

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

6.2. Por Outros Profissionais de Saúde (Médico/Nutricionista/Psicólogo)						
6.2.1. A informação dada						
6.2.2. A disponibilidade						
6.2.3. O tempo de consulta						
6.2.4. Relacionamento						

7. De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com o serviço prestado na unidade móvel?

- Totalmente Satisfeito
- Muito Satisfeito
- Satisfeito
- Insatisfeito
- Muito Insatisfeito
- Totalmente Insatisfeito

8. Já tinha vindo às nossas unidades móveis realizar rastreios de saúde?

Sim Não

8.1 Se respondeu sim, diga com que frequência.

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Raramente

9. Pensa voltar às nossas unidades móveis?

Sim Não

10. Na sua opinião as unidades móveis devem voltar ao mesmo local com que frequência?

- Uma vez por semana
- Quinze em quinze dias
- Uma vez por mês
- Dois em dois meses
- De seis em seis meses
- Uma vez por ano

11. Aspetos que devem ser alterados para melhorar o funcionamento da unidade móvel

Obrigada pela sua colaboração!

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

Aut. Uni
Hw de c
31.06/2013

Helena L. Costa
Vogal da Mesa

Exma. Senhora Administradora da Saúde

Exma. Senhora Coordenadora do Programa Saúde Mais Próxima

CORCUBIDE
AUTORIZA
RECEBER

Alexandra Isabel Pais Carlos Balsas, Enfermeira Graduada a exercer funções nas Unidades Móveis de Saúde (UMS) – Programa Saúde Mais Próxima e a frequentar o Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde no ISCTE, vem por este meio solicitar às Vs. Exmas. Sras. autorização para aplicação de um questionário aos utentes das UMS, no âmbito da tese de mestrado cujo tema é a “ Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde”.

Cada vez mais a opinião do utente tem sido valorizada no domínio científico como indicador da qualidade dos serviços de saúde, e da avaliação das medidas que foram (e podem vir a ser) aplicadas nesse setor.

Os objetivos que foram traçados para este estudo de investigação foram os seguintes:

1. Construção de um questionário que permita avaliar a satisfação dos utentes das UMS;
2. Analisar as características sociodemográficas dos utentes;
3. Identificar o grau de satisfação dos utentes das UMS relativamente: a) ao atendimento nas UMS; b) às instalações das UMS; c) aos profissionais de saúde; d) ao serviço prestado nas UMS.

O instrumento de colheita de dados é um questionário elaborado adaptado às UMS, que foi antecedida de uma pesquisa da literatura científica referente aos questionários dirigidos a avaliar a satisfação dos utentes com a prestação dos serviços, particularmente na área da saúde. Serão aplicados a uma amostra de utentes que recorrem às UMS durante um período x a determinar.

No questionário são apresentados diversos itens no qual se pede ao utente o seu grau de satisfação através de uma escala de *Likert* de 6 pontos. São medidas as seguintes dimensões:

Avaliação da Satisfação dos Utentes nas Unidades Móveis de Saúde

- aspetos sociodemográficos dos utentes das UMS;
- Satisfação relativa ao atendimento das UMS;
- Satisfação relativa às instalações das UMS;
- Satisfação relativa aos profissionais de saúde das UMS;
- Satisfação relativa aos serviços prestados nas UMS;
- Frequência com que veem às UMS;
- Intenção de voltar às UMS.

O questionário possui ainda uma questão aberta relativa aos aspetos negativos encontrados nas UMS, de forma a permitir aos utentes um espaço para expressar livremente opiniões e comentários.

Sem outro assunto de momento.

Peço deferimento.

Com os meus melhores cumprimentos,

Alexandra Balsas

Lisboa, junho de 2013