

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



A Satisfação está no esforço e não apenas na realização final.

(Mahatma Gandhir,sd)

Quero dedicar este trabalho às minhas filhas Luísa e Mariana

Agradeço à Exm^o. Sr.^a Professora Rosa Martins pelo apoio, incentivo, determinação e força permanentemente inculcida para levar a cabo este documento.

Um agradecimento especial de carinho, amor e dedicação às minhas filhas as quais foram privadas da companhia da mãe, neste período de concentração intensa. Para o Manel, que embora afastado, me deu força para avançar e nunca desistir.

Um Bem-haja deveras especial à minha Colega /Amiga Teresa S. que tem estado sempre presente nos momentos mais difíceis da minha vida (desde que sou Enfermeira) pela sua constante disponibilidade e “ombro amigo”.

Muito obrigado a todas as colegas do Centro de Saúde da Guarda que de alguma forma me apoiaram e colaboraram no desenvolvimento deste documento, em especial à Cremilda e à Paula Palos.

Ao Conselho de Administração da ULS da Guarda, um “Bem Haja”, pela rápida cedência de autorização para aplicação dos questionários, assim como aos utentes que gentilmente aceitaram participar no estudo.

À Escola Superior de Saúde de Viseu por me ter proporcionado um leque de conhecimentos científicos numa área que eu tanto respeito e admiro – Reabilitação.

Por último agradeço a Deus a vida, a saúde, a força e a determinação que me tem dado impulso a tudo o que tenho conquistado na minha realidade pessoal e profissionalmente.

Resumo

Enquadramento: A satisfação dos utentes com as instituições de saúde apresenta-se na actualidade como um indicador fundamental na determinação dos aspetos a melhorar e a aperfeiçoar de forma prioritária ou seja na implementação de parâmetros contributivos para a qualidade dos serviços prestados. A fonte de preocupação dos profissionais em geral alicerça-se nas experiências vividas na “primeira voz”, do seu dia-a-dia e por isso se torna imperioso o conhecimento dos níveis e determinantes da satisfação dos utilizadores com vista à excelência dos cuidados.

Objetivos: Avaliar a Satisfação dos utentes do Centro de Saúde da Guarda e verificar associações existentes entre esta satisfação e algumas variáveis sociodemográficas, clínicas, e psicossociais.

Métodos: Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo, que envolveu 303 utentes do Centro de Saúde da Guarda. Para o efeito foi utilizado um questionário que contém variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais e ainda a escala “EUROPEP” para avaliar o grau de satisfação.

Resultados: Constatámos que a satisfação global da amostra é elevada uma vez que oscila entre um valor mínimo de 63 e um máximo de 275, correspondendo-lhe uma média de 218,92. Verificámos ainda que a dimensão com maiores níveis de satisfação (85.6%) dizem respeito à relação/comunicação, e inversamente os utentes estão mais insatisfeitos com a organização do serviço. Os utentes com maiores rendimentos mensais e que percebem maiores benefícios nos programas de reabilitação são também aqueles que se apresentam mais satisfeitos.

Conclusão: O nosso estudo reforça o paradigma de que a satisfação dos utentes com os cuidados prestados tem um carácter abrangente e multidimensional, depende de factores também variáveis no tempo, no espaço e nas populações, tratando-se portanto de um processo dinâmico e subjectivo em constante construção.

Palavras-chave- Satisfação, Utes, Centro de Saúde, Reabilitação, Qualidade.

Executive summary

Background: Nowadays, the level of satisfaction of the different patients, while using health institutions, is crucial. It is seen as a priority in the evaluation of the quality of a health system. In this sense, the patient is now at the center of the health institutions agenda. By transitivity, health professionals do care to hear the patient in the first place, before any medical action. Within this context, more knowledge on the patients' level of satisfaction and associated determinants are needed.

Objectives: Evaluation of the level of satisfaction of the patients of the Guarda Health Center. Additionally, verify the existence of this self-evaluation of satisfaction with other socio-demographic, clinical and psychosocial variables.

Methodology: Non-experimental study, transverse, descriptive, correlational and quantitative. Having the Guarda Health Center as the universe, this study has an underlying sample of 303 patients. For this purpose, a questionnaire containing socio-demographic, clinical and psychological was used. To evaluate self-satisfaction, 'EUROPEP' scale was used.

Main results: The level of global satisfaction of the sample is high; with an average value of 218.92, 63 as minimum and 275 as maximum. On the one hand, the dimension with the highest values of satisfaction (85.6%) corresponds to the relation/communication. On the other hand, patients are less comfortable with the organization of the health institution. Globally, the uppermost values of satisfaction are associated to: a) patients with more monthly income and b) patients that are more able to perceive the benefits of the rehabilitation programs.

Conclusion: The results of this study are aligned with the existing literature; level of satisfaction of the patients is multidimensional. In this sense, it depends on variables that are dynamic in time, space and population that are circumscribed.

Keywords: Satisfaction, Patients, Health Center, Rehabilitation, Quality.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	19
1– Materiais e métodos	43
1.1 – Conceptualização da Investigação	43
1.2 – Variáveis em estudo	43
1.3 – Hipóteses de Investigação	45
1.4 – Instrumento de colheita de dados	45
1.5 – População e amostra	46
1.6 – Procedimentos	47
1.6.1– - Critérios de exclusão	47
1.6.2 – Procedimentos estatísticos	47
2 – Apresentação de resultados	51
3 – Discussão de resultados	79
4 – Conclusão	87
5 – Referências Bibliográficas	91
Anexos	103
Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados	104
Anexo 2 – Parecer da ULS da Guarda	105
Anexo 3 – Parecer da comissão de ética da ESSV	106

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes	52
Tabela 2 – Dados sociodemográficos da amostra	53
Tabela 3 – Dados sociodemográficos da amostra (continuação)	55
Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos tempos gastos na deslocação e espera no C.S.	56
Tabela 5 – Dados sobre a situação clinica dos participantes	57
Tabela 6 – Dados relativos às consultas dos participantes	59
Tabela 7 – Dados relativos às consultas dos participantes (continuação)	61
Tabela 8 – Estatísticas descritivas dos tempos gastos na deslocação e espera no C.S.	61
Tabela 9 – Estatísticas descritivas do nº de elementos do Agregado Familiar	62
Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar	63
Tabela 11 – Estatísticas relativas aos indicadores – chave EUROPEP	65
Tabela 12 – Estatísticas descritivas da satisfação com os cuidados de Enfermagem	66
Tabela 13 – Estatísticas descritivas da satisfação com os profissionais e condições do CS	67
Tabela 14 – Estatísticas descritivas da satisfação global dos Utentes por género	68
Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney entre o género e Satisfação dos Utentes	72
Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e Satisfação dos Utentes	72
Tabela 17- Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e Satisfação dos Utentes	73
Tabela 18 - Relação entre habilitações académicas e Satisfação dos Utentes	74
Tabela 19 - Teste de kruskal-wallis entre situação profissional e Satisfação dos Utentes	74
Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre rendimento mensal e a satisfação	

dos utentes com o Centro de Saúde	75
Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre a realização de programas de reabilitação e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde	76
Tabela 22 - Teste de kruskal-wallis entre benefícios da reabilitação e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde	76
Tabela 23 - Teste de kruskal-wallis entre funcionalidade familiar e a Satisfação dos Utentes	77

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Distribuição das respostas sobre melhoramentos	69
Quadro 2 – Distribuição de respostas sobre surpresas agradáveis	70
Quadro 3 – Distribuição de respostas sobre surpresas desagradáveis	71

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos centros de Saúde

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

APER – Associação Portuguesa em Enfermagem de Reabilitação

ARS – Administração Regional de Saúde

CD – Consulta de Diabetes

CENSUS – Recenseamento da População e Habitação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPCO – Doença Pulmonar obstrutiva crónica

DR – Diário da República

DTN – Doença Não Transmissíveis

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

HTA – Hipertensão Arterial

M - Média

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF/SM – Planeamento Familiar/Saúde Materna

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS-EPE – Unidade de Saúde Local - Entidade Publica Empresarial

USF – Unidade de Saúde Familiar

SI – Saúde Infantil

SINUS – Sistema Informação para Unidades de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Abreviaturas

cf. – confira

Max - Máximo

Min – Mínimo

p - página

Introdução

A satisfação dos utentes com os cuidados prestados, constitui uma realidade constante na medida em que a opinião do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, permitindo uma melhoria contínua desses cuidados.

Uma das preocupações crescentes nos serviços de saúde, tendo em conta o contexto atual, é a qualidade dos cuidados em saúde, em que a avaliação da satisfação dos utilizadores se torna um pilar fundamental das políticas de saúde.

Corroboramos Vinagre e Neves (2008) (cit. por Pimentel (2010, p:1) quando “realçam a qualidade do serviço e a satisfação do utente como objetivos fundamentais nas organizações modernas, e nos serviços públicos também devidamente empenhados nestes objetivos”. De igual modo Ferreira et al (2005) dizem-nos que se tornam fundamentais e necessárias políticas que desenvolvam programas com o intuito de criar práticas que levem a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Daqui deriva a importância que este autor dá à criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), no âmbito do Ministério da Saúde e na dependência da Direção Geral da Saúde.

Marques (2010, p:51) refere que “a satisfação do utente/cliente passou a ser relevante, como campo de investigação no âmbito da gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, uma necessidade para as organizações de saúde que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e em simultâneo a sua imagem”.

Todos sabemos que a Saúde é um bem necessário a todos e que quanto melhor esta for melhor será a qualidade de vida dos cidadãos: neste sentido pretende-se com este estudo perceber e analisar a satisfação dos utentes utilizadores no contexto da prestação de cuidados de saúde, na área dos Cuidados de Saúde Primários e perceber ainda as variáveis que se correlacionam com o grau de satisfação. De facto o estudo baseia-se na satisfação dos utentes acerca do funcionamento do Centro de Saúde da Guarda e a sua análise crítica tendo em conta o quotidiano da instituição perante os utentes usufruidores dos serviços prestados.

Enquanto enfermeira nos Cuidados de Saúde Primários, concretamente a desempenhar funções no Centro de Saúde da Guarda e contactando diariamente com utentes com múltiplas necessidades de saúde pretendo num primeiro momento perceber qual a perceção dos utentes sobre os cuidados prestados e num segundo, contribuir para as mudanças que possam ir ao encontro as necessidades reais dos utentes.

Sabemos que são múltiplos os fatores que exercem influencia na forma como os cuidados prestados são avaliados e que vão desde os recursos materiais, ambientais, e

culturais, às políticas governamentais e por isso passamos a fazer uma caracterização genérica das dimensões.

Caracterização geral

O Centro de Saúde da Guarda está integrado no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), que por sua vez se insere na Unidade Local de Saúde, Entidade Publica Empresarial da Guarda (ULS-EPE). É uma instituição prestadora de cuidados de saúde primários integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Região Centro. Desenvolve a sua atividade com a finalidade de prestar cuidados de saúde primários adequados e em tempo útil aos utentes usufruidores dos cuidados médicos e de enfermagem desta área. A Guarda é uma cidade portuguesa, capital do distrito que tem uma população residente de 173831 habitantes (CENSUS, 2011). Está situada a 1056 metros de altitude, é a mais alta cidade do continente Português. Localiza-se na região centro do País e o núcleo urbano da cidade da Guarda tem 26575 habitantes. É também conhecida como a cidade dos 5 F's que se referem a Forte, Farta, Fria, Fiel e Formosa.

Em termos de acessibilidades a Guarda dista 40 km da fronteira com Espanha por Vilar Formoso/ Fuentes de Onôro, a 219 km do porto, a 165 km de Aveiro, a 150 km de Coimbra e a 356 km de Lisboa.

Os recursos de saúde de que dispõe são: 1 Hospital Distrital; 1 Centro de Saúde, sem internamento, com 11 extensões; 1 Unidade de Saúde Familiar (Ribeirinha); 1 Unidade de Cuidados Continuados, com as tipologias de Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração; 10 Farmácias; 8 Policlínicas (cuidados médicos e de Enfermagem); 4 Laboratórios de Análises Clínicas; 1 Centro de Exames Radiológicos Complementares de Diagnóstico; 1 Dispensário;

Serviço nacional de saúde – do passado ao presente

Olhando para trás no tempo visualizam-se diversas transformações no Sistema Nacional de Saúde que conduziram efectivamente a uma melhoria da saúde no geral da população portuguesa. Em décadas já passadas, em Portugal, os serviços de saúde fielmente acompanhados pelas vertentes religiosas, sociais e políticas, foram sofrendo alterações adaptadas às patologias que surgiram em diferentes épocas. Os serviços de saúde eram essencialmente de natureza privada, no entanto, eram assegurados os cuidados mínimos aos pobres nas reconhecidas Misericórdias (hospitais das obras de caridade religiosas). Apenas em 1971, com a “Reforma de Gonçalves Ferreira” é reconhecido o direito à saúde com a

responsabilidade do Estado (Paulo, 2010). Com a criação do Ministério da Saúde e da Assistência surgem os Centros de Saúde de 1ª geração e os hospitais, após reorganização dos serviços de saúde (Marques e Nunes, 2008).

Em 1974, houve condições políticas e sociais para permitir a criação do Serviço Nacional de Saúde. Em 1976 é aprovada nova Constituição, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país (Portal da Saúde, 2010). Em 1979 é aplicada a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (Lei de Arnaut) que garante a todos os cidadãos o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua condição sócio económica, permitindo assim uma maior abrangência dos cuidados de saúde. Com o Estado a financiar, os cidadãos têm o direito à saúde de forma universal, geral e gratuita (Marques e Nunes, 2008). Em 1983, são formados os centros de saúde de segunda geração com a aprovação do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, onde está explanado o Regulamento dos Centros de Saúde. O médico clínico geral, um ano mais tarde, adquire o estatuto de médico de família (Portal da Saúde, 2010). Em 1990, a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto aprova a Lei de Bases da Saúde onde o nº1 da Base XIII refere que sistema de saúde deve assentar “nos cuidados de saúde primários que devem situar-se junto das comunidades” (2009, p: 4).

Várias reformas do Sistema Nacional de Saúde ao longo dos tempos foram notórias consoante as necessidades de cada época, no entanto em 1993 é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que procura superar a dualidade entre cuidados primários e cuidados diferenciados, conduzindo à criação de Unidades Integradas (Paulo, 2010).

Nos finais da década de 90, mais especificamente em 1999, é estabelecido o novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Surgem então os denominados centros de saúde de terceira geração (Portal da Saúde, 2010). Mais tarde em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, introduzem-se profundas alterações na Lei de Bases da Saúde. Oferece-se um novo e diferente tipo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e são praticados os modelos de gestão de tipo empresarial - EPE (Paulo, 2010).

Em 2003 é implementado o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, onde é criada a rede de cuidados de saúde primários. Neste mesmo ano surge a Entidade Reguladora da Saúde por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Em 2006 com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população. O ano de 2007 foi o marco em que surgiram as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.

O ano de 2007 fica indubitavelmente marcado pelo crescimento do Movimento dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e pela defesa do direito à saúde como um direito universal consagrado na Constituição da República Portuguesa (Pires, 2008).

O ano de 2008 foi o ano onde se assiste a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Estes são entendidos como unidades de gestão compostos por um ou mais Centros de Saúde, integrados nas ARS. Dando a devida importância a cada etapa, o SNS é “o conjunto de todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que se regem por legislação própria, nomeadamente Organizações Hospitalares, as Unidades Locais de Saúde e os Agrupamentos dos Centros de Saúde, sob tutela do membro do governo responsável pelo Sector da Saúde” (Marques e Nunes, 2008).

Centrando-nos no caso específico do Centro de Saúde da Guarda, este situa-se geograficamente numa das extremidades da cidade, perto das instalações do Serviço de Psiquiatria assim como das recentes instalações do Hospital Sousa Martins. A Sede do Centro de Saúde da Guarda até 2009 encontrava-se num antigo pavilhão do ex- sanatório Sousa Martins juntamente com a antiga Sub-Região de Saúde da Guarda. O edifício não reunia condições, nomeadamente de acessibilidade, segurança, privacidade, não estando fisicamente preparado para o trabalho em equipa.

Com a subdivisão do pessoal médico, de enfermagem e administrativos existentes no centro de saúde, parte foi orientado para a Unidade de Saúde Familiar (USF) denominada de Ribeirinha, e o restante para o atual Centro de Saúde da Guarda nas Lameirinhas. As novas instalações da instituição foram construídas em 2008 e foi inaugurado em Julho de 2009 com diferente método de trabalho (por Enfermeiro de família). O Enfermeiro de Família com uma boa preparação é considerado como fazendo parte da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e está no centro do reforço dos serviços de CSP, OE (2008). Este Centro dá cobertura de cuidados de saúde a utentes acoplados às respetivas extensões de saúde tais como Aldeia Viçosa, Famalicão da Serra, Gonçalo, Marmeleiro, Porto da Carne, Rochoso, Trinta, São

Miguel, Valhelhas, Vela e Vila Fernando. Engloba 11 extensões, sendo apenas uma urbana e as restantes rurais.

Segundo Vieira (2009), a área de recursos humanos em saúde abarca múltiplas dimensões, composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.

Os recursos humanos do Centro de Saúde da Guarda constituem-se por 9 médicos de família, 1 médico de Saúde Pública, 2 técnicos de Saúde Ambiental, 11 enfermeiros sendo que 1 contempla o cargo de gestão sendo a chefia de enfermagem, 4 especialistas em enfermagem (2 na área de Saúde Pública, 1 na área de Pediatria, 1 na área de Reabilitação), os restantes são enfermeiros generalistas, 4 auxiliares de ação médica e 10 funcionários a prestar serviço administrativo. Cada equipa de saúde é formada pelo médico de família, enfermeiro de família e administrativo os quais tem por objetivo dar resposta a um ficheiro que inicialmente seria da responsabilidade apenas do médico.

As novas instalações apresentam boas condições para prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes, sendo um espaço airoso, agradável e amplo. Dispõe de espaço exterior destinado a estacionamento e com acesso directo à via pública, tornando o acesso dos utentes compatível com qualquer tipo de limitação.

Destaca-se a existência de duas áreas distintas – uma área para uso dos utentes e outra para uso dos funcionários. Existe proximidade entre os consultórios médicos e os gabinetes de enfermagem, de modo a que os utentes tenham simultaneamente acesso ao médico de família e ao enfermeiro de família, fomentando o trabalho de equipa.

A área reservada aos utentes dispõe de 8 gabinetes médicos para consulta de Saúde do Adulto e Saúde Infantil (com marquês regulável de acordo com o tipo de consulta), 1 gabinete específico para a Consulta de Recurso, 2 gabinetes de enfermagem curativa, 4 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete médico de Saúde da Mulher, 1 gabinete de enfermagem de Saúde da Mulher, 2 salas de espera, 1 secretaria de atendimento geral e 1 instalação sanitária. A área reservada aos funcionários, por sua vez, dispõe de 1 secretariado, 1 sala polivalente (para reuniões), 1 Gabinete de fisioterapia, 2 casas de banho. O gabinete é atribuído apenas a um único médico, o de enfermagem é utilizado por dois elementos de enfermagem que fazem a gestão do agendamento dos cuidados de enfermagem. Cada enfermeiro assume a totalidade /globalidade dos cuidados de enfermagem nas instalações assim como no domicílio. Nas instalações do centro de saúde está sedeada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) assim como a Equipa de Referência de utente

para inserir na RNCCI segundo as diversas tipologias. Citando Lopes (2010, p.5), “o ainda reduzido número de ECCI contribui para algumas das dificuldades no acesso e também para a necessidade de deslocalização de alguns doentes”.

A ECCI denominada de “Elos de Partilha” é formada por uma equipa multidisciplinar em correlação entre cada elemento (1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 médico e 2 enfermeiros). O programa informático é gerido pelos profissionais de enfermagem que agilizam a informação pela equipa. Por necessidade, desde Janeiro de 2014, a equipa reúne todas as 1^{as} quartas-feiras do mês para discussão caso a caso dos utentes inseridos na referida plataforma

Os Centros de Saúde devem “assegurar o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis...” como refere a Entidade Reguladora da Saúde (2009, p.12).

O horário de funcionamento do Centro de Saúde é das 08h00 às 20h00 de 2^a a 6^a feira, estando ao dispor dos utentes a Consulta de Recurso, que funciona com o horário alargado das 14h00 às 20h00. Estão disponíveis as consultas de Saúde do Adulto, Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio de Cancro do Colo do Útero, Diabetes, HTA. Na extensão urbana estão localizados os gabinetes para realização de Saúde Oral, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

O horário praticado pela equipa de enfermagem é de 40 horas semanais, das 8.30 – 13.00 e das 14.00 – 17.30 diariamente sendo que de 3 em 3 semanas cada elemento tem um dia com o horário de entrada às 12.00 e saída às 20.00 denominada como apoio à Consulta de Recurso. Esta, visa atender a população sem a atribuição de médico de família deste centro de saúde, quer por o utente estar a residir temporariamente na proximidade ou estar pontualmente de férias, assim como os utentes inscritos nas extensões de saúde rurais em que a equipa não se encontra presente. Este horário não é cumprido por apenas dois elementos de enfermagem com a obrigatoriedade de cumprir 35 h/semanais em que altera somente o horário de saída para as 17.00. Estes, no horário da consulta de recurso, apenas entram as 13.00. Os médicos praticam o horário de 35 h/semanais. Esta dinâmica está presente no 1^o piso do centro de saúde, no rés-do-chão está presente o serviço de secretaria, o gabinete informático, o gabinete da Saúde Ambiental, o Serviço de Saúde Pública, sala de sujeitos, armazém de material, e 3 casas de banho.

Para melhor esclarecimento encontram-se disponíveis na internet em - Centro de Saúde da Guarda - portal da Saúde, informações que embora tenham algumas alterações ainda não foram atualizadas. O Centro de Saúde funciona em articulação com a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. nomeadamente no que diz respeito aos recursos necessários ao

cumprimento do plano de ação proposto, procedendo-se à partilha de meios para o seu funcionamento. São exemplo desta articulação, o serviço Farmacêutico, a Esterilização, os Serviços de apoio técnico-administrativo e o dos Transportes.

No que diz respeito à estrutura orgânica, fazem parte o Coordenador, a Chefia de Enfermagem, os quais devem garantir a promoção dos procedimentos necessários à aplicação das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A forma de organização do trabalho tem por base o trabalho em equipa multidisciplinar, com a cooperação de todos os elementos, de modo a consolidar a atividade em saúde, eficácia, eficiência e humanização adequados à exigência dos serviços de saúde.

Estão disponíveis vários serviços e atividades assistenciais tais como a Saúde da Mulher com a Consulta de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva, a Saúde Materna, a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde de Adulto; a Consulta de Risco Cardiovascular - Consulta de HTA, Diabetes e Pé Diabético, a Consulta de Enfermagem e tratamento de pé diabético, a Consulta de Saúde Oral, de Nutrição, de Psicologia e de Fisioterapia, a Saúde Escolar, a Vacinação, a Enfermagem Curativa, o Serviço Domiciliário, os Cuidados Continuados Integrados, os Rastreamentos do Cancro do Colo do Útero e Cancro da Mama, a Consulta Espaço A+ (Ao Jovem adolescente sem médico de família atribuído).

No que se refere as características dos utentes e até 31 de Maio de 2014, estavam inscritos 42418 utentes na sede. Entre eles, 46.87% são do sexo masculino e 53.13% do sexo feminino. Segundo os grupos etários de 5 em 5 anos, crianças no 1º ano de vida 0.33%; até aos 9 anos 2.90%; dos 10 aos 14 anos de idade 5.11%; dos 15 aos 19 anos inseridos no programa de saúde juvenil 5.07%; iniciando a fase de saúde de adulto dos 20 aos 24 anos 5.29%; 25 aos 29 anos 5.75%; 30 aos 34 anos 6.42%; dos 35 aos 39 anos 7.32 %; dos 40 aos 44 anos 7.40%; dos 45 aos 49 anos de idade 7.61%; dos 50 aos 54 anos 7.69%; dos 55 aos 59 anos 7.06%; dos 60 aos 64 anos 6.02%; para iniciar o programa de saúde do idoso, dos 65 aos 69 5.40 %; dos 70 aos 74 anos reduz para 4.63%; com idade superior a 75 apresentam-se 11.51%.

Furtado e Pereira (2010, p:4) referem que “o conceito do acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde”. A acessibilidade é também salientada pelo Alto Comissariado da Saúde (2011, p:2) onde referem que “o acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado”. Também Tomé, Silva e Lobo (2013, p:11) dizem que “os Cuidados de Saúde Primários devem estar acessíveis a toda a

população, garantindo-se que a organização dos serviços de saúde assegure uma cobertura eficiente às necessidades de toda a população, de forma integrada e apoiada na participação comunitária”. Por norma os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro local do contacto com os profissionais de saúde qualquer que seja a forma escolhida pelo utente.

Segundo Furtado e Pereira “os médicos de clínica geral são responsáveis no SNS pelo acompanhamento do utente ao nível dos cuidados de saúde primários e pela referenciação para os cuidados especializados ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêuticos” (2010, p:19). Com base nos mesmos autores é de extrema importância analisar o acesso aos cuidados de saúde pois apenas com uma adequação e organização dos mesmos poder-se-á premiar a saúde dos cidadãos influenciando por sua vez os restantes níveis de cuidados de saúde.

Tomé, Silva e Lobo (2013,p:12) afirmam que é importante ...”a aquisição de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumentando a acessibilidade, proximidade e qualidade, promovendo a satisfação dos utentes.

Lobo, Mateus, Santos, Martins e Martins (2013,p:70) citando Simões (2010), referem que “os cuidados de saúde primários devem aproximar-se dos problemas da comunidade e garantir os cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, tendo deste modo, maximizar e potenciar a saúde e o bem-estar dos cidadãos”.

A crescente exigência das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias aconselha que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, p:4).

Aspetos sócio-culturais e económicos

As três valências podem influenciar em simultâneo ou de formas separada cada pessoa. Costa, Silva, Diniz (2008, p:31) referem que “A escola é um dos alicerces da educação, da cidadania e da formação de uma nação”.

A OMS (2010, p:8) refere que “ O acesso e usufruto de cuidados de saúde são vitais para uma saúde equitativa e de qualidade”. O género, a educação, a profissão, o rendimento, a origem étnica e local de residência estão intimamente ligados ao acesso, experiência e benefícios dos cuidados de saúde”. Segundo o mesmo autor (p: 5), “as condições de empregos e trabalho têm efeito dramático na igualdade na saúde. Sendo adequadas estas condições, podem assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e auto estima e proteção de riscos físicos e psicossociais”. A OE (2008, p:8) reforça

esta ideia dizendo que “os serviços de Saúde têm de ser partilhados de igual forma pelas pessoas, independentemente da sua capacidade financeira e todos (ricos ou pobres de regiões urbanas ou rurais) têm de ter acesso aos serviços de saúde”.

Na voz de Barreiro e Santiago (2013, p: 236) “o motivo de consulta é definido como «um termo acordado que transmite as razões pelas quais um paciente entra no sistema de saúde e representa o motivo desta pessoa». Grande parte das vezes os utentes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários pretendem aceder a uma consulta quer seja Médica ou de Enfermagem, e neste contexto, o Ministério da Saúde (2013, p: 20) entende por consulta, “a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano”.

Com base em Barreiro e Santiago (2013), os motivos pelo qual os utentes recorrem a este serviço médico pode ter varias explicações entre outros, como por exemplo ser um objetivo meramente administrativo, a continuidade do controlo de patologia crónica, a inclusão em programas de rastreio, assim como o controlo de sinais e sintomas inesperados. Até ao ano 2012, existia o conceito de “Utente Vigiado”, o qual era seguido em programas específicos tal como o de Diabetes, Hipertensão, Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil, (Ministério da Saúde, 2013). Com base no mesmo documento e com a necessidade de resultados com base em indicadores, em 2013 é alterado o referido conceito, dando real importância dos registos médico e de enfermagem. O conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação deve ser o alvo da atenção básica em saúde (Pimentel, Coelho et al, 2011).

Patologias crónicas

As doenças crónicas podem ser classificadas em duas categorias, transmissíveis ou infecto contagiosas e não transmissíveis. Entre as doenças transmissíveis estão AIDS, hepatite B e C e tuberculose. Já entre as não transmissíveis estão as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias (asma, bronquite, Doenças Pulmonar Obstrutivas Crônica – DPOC etc), doenças metabólicas (obesidade, diabetes, hiper e hipotireoidismo, dislipidemia, etc), entre outras.

“... as DTN aumentaram incessantemente como resultado dos novos estilos de vida, da evolução demográfica...” A este desafio tem o Ministerio de Saúde e diversas instituições procurado responder implementando programas de intervenção, desenvolvendo serviços direcionados e até promovendo legislação com impacte preventivo. O Plano Nacional de

Saúde 2012-2016 (p:2) mostra que “as doenças crónicas atingem milhares de cidadãos, não escolhendo idades, abrangendo, desde o nascimento, todas as faixas etárias, até à velhice”. Baseado na mesma fonte refere que, “são cidadãos que necessitam de utilizar diariamente medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida” (p:2).

Assim por vezes, os doentes crónicos tendem a ter múltiplos contactos com o sistema de saúde, visitando diferentes prestadores nos vários níveis de cuidados, sem que, na realidade nenhum memorize ou acompanhe transversalmente a evolução da(s) doença(s)”(OCDE,2008, citado por Escoval, Coelho, Diniz, et al, 2010, p: 107).

Mártires (2014, p:4) alerta para “o custo das doenças crónicas para Portugal que poderá representar nos próximos anos 60% a 80% do total do orçamento da saúde sendo necessário acrescentar os custos com as reformas antecipadas provocadas por complicações de saúde, resultantes de condições crónicas como a Hipertensão arterial (HTA), diabetes ou osteoporose.”

Perante a realidade observada, é necessário refletir sobre a opinião de Gaudêncio et al (2010) em que, “as acções multidisciplinares devem ser centradas no doente/família, favorecendo a aceitação e convivência com a situação de doença, libertando-os de atitudes passivas e de submissão, no sentido de os conduzir para uma condição activa, autónoma e responsável.”

No sentido de melhorar o acompanhamento do utente com Doença Crónica, “O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 integra programas nacionais na prevenção das doenças crónicas mais prevalentes e incapacitantes, cuja lógica se baseia na obtenção de ganhos em saúde, visando melhorar as práticas dos profissionais envolvidos assim como dotar o doente de meios que lhe permita co-responsabilizar-se pelo controlo da sua doença. “ ,na voz de Gaudêncio et al (2010). Pinto (2012, p:75) reforça que, “a responsabilidade pela promoção da saúde partilha-se entre indivíduos, comunidades, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais de saúde de todas as áreas, sendo desde sempre crescente a participação dos enfermeiros nessas atividades.”

Hipertensão Arterial

“A WHO (2003) destaca cinco fatores de risco associados ao aparecimento de doença crónica, que podem ser facilmente prevenidos, e são eles a hipercolesterolemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e consumo de álcool.”, Dias (2011, p:206).

De acordo com Oliveira (2010) citado por Pinto (2012, p:18), “... em 2005 verificou-se que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi a que apresentou maior incidência, com a taxa de mortalidade de 3,5 óbitos por mil habitantes.” A Sociedade Portuguesa de Hipertensão celebrou no dia 17 de Maio do corrente ano o Dia Mundial da Hipertensão sendo iniciado pela Hypertension League.

Pinto (2012, p:32) realça que “... a HTA é o fator de risco cardiovascular modificável mais frequente, e o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas”. Com a preocupação de que os cidadãos devem manter a sua tensão arterial controlada, Dias (2013) refere que “a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos últimos anos tem alertado para a situação e para o seu agravamento significativo até 2025.” Com a responsabilidade de prevenção é criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares com base no Despacho nº16415/2003 (II serie) – D.R. nº. 193 de 22 de Agosto com as alterações do Despacho 266/2006 do Alto Comissariado da Saúde, publicado no DR, II Serie, Numero 9 de 12 de Janeiro. O mesmo programa visa a redução dos riscos cardiovasculares e baseia-se em cinco pontos fundamentais, DGS (2006, p:9):

- “a)-Melhorar a vigilância epidemiologia dos fatores de risco e das patologias cardiovasculares;
- b)-Promover a prevenção cardiovascular, atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco;
- c)- Encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde;
- d)- Melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor pré cordial e dos acidentes vasculares cerebrais;
- e)- Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.”

Diabetes

Relativamente à Diabetes, citando Ferrito (2010, p:49), “sendo uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem multifatorial por uma equipa onde o enfermeiro deve assumir um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir.”

Fontbonne (2013) refere que “Considera-se que cerca de 90% dos casos de diabetes diagnosticados são de “diabetes tipo 2” e dizem respeito a uma doença pouco sintomática ou assintomática que ocorre tipicamente em pessoas de mais de 50 anos, com obesidade, sobrepeso, e/ou histórico familiar de diabetes.” Segundo o mesmo autor, “Atualmente são as

complicações que carregam o essencial da gravidade da doença e representam o maior peso para a Saúde Pública.”

“A criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), em 2008, procurou colocar na ordem do dia e com prioridade, a perspectiva de uma medicina de prevenção – prevenção da Diabetes, prevenção das complicações e prevenção das suas incapacidades.”, ACSS,IP (2012, P:6).

Um dos primeiros programas concebidos foi o de controlo da Diabetes, tendo-se registado resultados positivos na redução de internamentos por descompensação diabética e na gravidade associada a estes internamentos (Gaudêncio et al, 2010).

Alterações Osteoarticulares

As lesões musculoesqueléticas/osteoarticulares podem afetar diferentes partes do corpo, e frequentemente podem estar relacionados com a atividade profissional do cidadão afetado, DGS (2008). Com base na mesma fonte, (2008, p:9), “As lesões músculo esqueléticas dos membros superiores relacionadas (ou ligadas) com o trabalho são as que são referidas com maior insistência em certas condições de trabalho como, por exemplo, as atividades implicando tarefas repetitivas, a aplicação de força ou trabalho que requiera posições das articulações muito “exigentes”.”

Pereira (2011, p:48) citado por Junqueira, 2009, refere que “A associação entre fatores psicossociais e as lesões músculo-esqueléticas existem, através da interpretação de influencia no momento de tensão muscular, no agravamento de força biomecânica relacionada com as tarefas, no aumento dos sintomas musculoesqueléticos com apreensão de causa, ...”.”antes da orientação para a pratica de alguma atividade física regular, além do condicionamento cardiorespiratório, a avaliação adequada das variáveis biomecânicas por profissionais especializados deve ser priorizada, para que não haja impedimento de tal exercício”...., Cardoso et al (2008, p:131).

Os Utilizadores das consultas médicas

Por consultas médicas, o ACSS (2010, p: 7) refere-se ao “Ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde”.

No Centro de Saúde da Guarda as marcações de consultas médicas são efetuadas presencialmente no centro de saúde, por telefone, sendo o registo dessas marcações realizado no sistema informático SINUS, assim como pela via informática, sempre com hora marcada.

Com base na mesma fonte (2010, p:6), define “Programas de Saúde” – conjunto de atividades dirigidas a determinados grupos vulneráveis ou de risco, seguindo orientações técnicas oficiais, inserindo-se o processo assistencial pré definido, seja de prevenção, terapêutico ou de reabilitação”. Estas consultas programadas (HTA/CD, PF/SM, RCCU, SI) também são previamente agendadas pelo médico no próprio dia da consulta. Se for necessário alterar a programação inicial/agendado para outro dia mais favorável à equipa, os utentes são avisados via telefone, ou por carta com a devida antecedência. A dificuldade levanta-se quando as moradas não estão corretas.

O agendamento de consultas médicas pode ser presencial, não presencial, ou domiciliário. Estes conceitos estão bem definidos pela ACSS (2010, p:7) que define consulta sem a presença do utente como “ Ato de assistência médico ou de enfermagem sem a presença do utente, podendo resultar num aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço....”.

“No contexto do domicílio, quando o médico visita o paciente e sua família, emergem questões relativas ao cuidado em si, incluindo os problemas da vida quotidiana, o conhecimento do paciente, da família e do profissional, a experiência adquirida e compartilhada no espaço da visita, entre outras”(Borges& D’Oliveira, 2011, p: 464).

Neste âmbito, e com base em dados gentilmente cedidos para o efeito podemos verificar que no centro de saúde no período de 01.01.2014 até 31.05.2014 foram contabilizadas 14747 consultas, das quais 5761 consultas foram não programadas, e as restantes 8986 foram programadas. Entre as programadas estão incluídas as consultas de vigilância em Programas de Saúde tais como: Consulta de Planeamento Familiar (1035); Saúde Materna (300); Rastreio do Cancro do Colo do Útero (437); Saúde Infantil (1578); Consulta de Diabetes (914); Consulta de Hipertensão Arterial (898); somando um total de 5162 consultas médicas, entre outras. Relativamente às consultas médicas domiciliárias no mesmo período são enumeradas 388 visitas domiciliárias.

Quando referimos o não cumprimento do agendamento da consulta por qualquer motivo, verificamos que 13693 consultas são efetuadas, em 824 consultas o utente falta e por fim em 226 casos a consulta não é efetuada. Tendo em conta o agendamento de consultas efectuadas através de contacto telefónico são contabilizadas 14405.

Cuidados específicos de Reabilitação

Sendo nós enfermeiros de reabilitação e tendo por propósito neste estudo também conhecer a perceção dos utentes sobre estes cuidados passaremos a fazer uma breve abordagem sobre a temática. “A história da reabilitação na Enfermagem não é recente. Florence Nightingale, em 1859, deixava claro em seus escritos quais as intervenções de Enfermagem apropriadas para o cuidado e para a reabilitação das pessoas lesionadas na guerra”, Andrade et al, (2010, p: 1057). Trata-se como nos diz Sousa (2011, p:39) “de uma especialidade multidisciplinar, a qual compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas em situação aguda, crónica e com sequelas, a maximizar o seu potencial”. Para Gomes (2011) a reabilitação tem vindo a acompanhar as mudanças ao longo dos tempos, no domínio da saúde, abarcando os cuidados no âmbito de agudos para maior nuance em situações de cronicidade.

“A formação especializada contribui para que os enfermeiros adotem eficazmente a perspetiva sistémica do cuidado, considerando o doente, família, e o meio ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão”, Sousa (2011, p: 12).

A OE (2011, p:7), relativamente à satisfação, quando da criação do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, transcreve que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”.

As diversas mudanças ocorridas ao longo dos anos no SNS potenciaram a necessidade de adaptação dos CSP para o aparecimento de novas competências dos profissionais que prestam cuidados de saúde, sendo exemplo a Enfermagem de Reabilitação(Alves, 2014). O mesmo autor afirma que “o contributo que a enfermagem de reabilitação pode dar no contexto de CSP, permite à pessoa o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, reintegração familiar e social, nunca excluindo o seu contexto sociofamiliar (p: 75)”.

Nesta perspetiva corroboramos Sousa (2011, p:39) quando afirma que “... a presença de enfermeiro de reabilitação faz sentido nos diferentes contextos tal como o hospital, os centros de reabilitação, as instituições de Cuidados Continuados e Cuidados de Saúde Primários, locais onde se torna possível a promoção de capacidades adaptativas, com vista ao auto-controlo e ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e a incapacidade”. Pinto (2011, p: 35) reforça esta ideia defendendo que “de acordo com o perfil de

competências do enfermeiro especialista de reabilitação, este intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, ... na continuidade dos cuidados e na integração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”. Para isso e como nos diz Andrade et al (2010,p: 80) “a satisfação dos utentes também passa pela necessidade em avaliar os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em reabilitação no processo de cuidar, com o intuito de alcançar o auto cuidado do indivíduo doente. Contudo refere que “... sem esta satisfação não se poderia obter os ganhos que são estabelecidos entre o enfermeiro de reabilitação e as pessoas atendidas”.

De facto sabemos que “ a Enfermagem de Reabilitação visa três objetivos principais: maximizar a auto determinação, restaurar a função e otimizar escolhas de estilos de vida dos doentes”, Cunha, (2014, p:43) citando Hoeman (2011).

O Regulamento nº25/2011 do Diário da Republica, 2ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011 dita e explana as competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e também define “A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimento e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, sendo “os seus objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação de pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”.

Os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, segundo a APER (2010, p:1) têm como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos utentes, familiares e comunidade, a sua socialização, a sua dignidade”. O exercício profissional dos enfermeiros é marcado por relações de complementaridade, interdependência e autonomia, pois insere-se num espaço de atuação interdisciplinar, onde se preconiza que cada elemento dê um contributo dentro da sua área de competências específicas, Sousa (2011, p:33).

Em suma, os cuidados de enfermagem em reabilitação são adaptados em todas as fases do ciclo de vida de cada pessoa, sempre com o sentido de, “promover o seu projeto de saúde no que respeita a prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinam limitações da atividade e/ou incapacidades; promover os processos de readaptação sempre que

ocorram afeções da funcionalidade; promover a capacidade para o auto-cuidado das pessoas com necessidades especiais ou deficiências”. Tudo isto em nossa opinião concorrerá (se efectivado) para uma melhoria bastante significativa da saúde das populações (sobretudo no cenário demográfico actual) “uma vez que a enfermagem de reabilitação detém competências legais para intervir de forma autónoma, levando para o terreno todo o seu conhecimento científico e aplicando-o de forma sólida” Pires (2012, p:22).

Satisfação

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001), o termo “Satisfação” tem a sua origem no Latim *satisfactio* definido como “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”.

Na opinião de Cerqueira (2012, p:9), “a satisfação está diretamente associada ao facto do indivíduo obter, ou não, aquilo que anseia” (...) e decorre da resposta positiva que o indivíduo obtém em relação às suas necessidades. Ribeiro (2005) citado por Duarte (2012, p: 22) diz-nos que “...é o primeiro sujeito que atribui o sentido da satisfação em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Este processo pressupõe elementos afetivos e cognitivos individuais, uma vez que se trata de aspetos determinados por cada pessoa”. Contudo na perspetiva veiculada por Ferreira (2014, p:5), “a satisfação pode ser entendida como uma atitude, uma emoção ou um sentimento que é passível de ser medido e verbalizado através de uma opinião. Nesta condição, a satisfação incorpora aspectos afetivos, cognitivos, avaliativos e até comportamentais”.

A satisfação que diz respeito aos utentes com os cuidados de saúde, apesar de ser sido já investigada por diversos autores, está ainda longe de se apresentar como tema consensual. Na verdade Godinho (2011) apresenta a satisfação como sendo um conceito subjetivo uma vez que assume diversos significados consoante o contexto em causa. Acrescenta que qualquer entidade que preste cuidados de saúde visará a satisfação das necessidades objetivas e/ou subjetivas como alvo, tanto dos utentes utilizadores efetivos como dos utentes potenciais.

Estes pressupostos levam-nos a subscrever o que diz Costa (2011) ao afirmar que se trata de um conceito dinâmico, subjetivo e com forte valor cultural sofrendo mutações constantes. Johnson cit. in Vilares e Coelho (2005) diz-nos que “ a satisfação pode ser definida com base em dois pressupostos distintos: 1) a satisfação como sendo um juízo avaliativo que se faz após a escolha relativamente a uma compra ou a uma transacção específica; 2) a satisfação como sendo um processo cumulativo, representando uma avaliação global que é baseada na experiencia adquirida ao longo do tempo”.

Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, (2001) citados por Ferreira (2004, p:6), refere que “a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das necessidades corretivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde”. Contudo o conceito de “satisfação dos utentes” apesar de amplamente discutido, não tem sido devidamente definido e clarificado, quer pelos investigadores, quer pelos utentes quando questionados” (Marques, 2010, p: 52).

Apesar das dificuldades descritas, a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida dos cuidados de saúde porque nos dá uma informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus clientes (Cerqueira, 2012). Nesta perspetiva e de acordo com Marques (2010, p: 52) “a satisfação dos utentes é assim considerada um indicador importante na monitorização da qualidade dos cuidados de saúde prestados”.

Esta visão tem sido aceite por variados autores incluindo Duarte (2012, p: 22) quando refere que “é reconhecido que as perspetivas dos doentes são largamente vistas como determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Esta ideia é reforçada por Marques (2010, p: 51) ao afirmar que “o aumento do consumo de serviços de saúde, e conseqüente aumento da responsabilidade das organizações de saúde, levou à necessidade das organizações de saúde saberem se os seus utentes ficavam ou não satisfeitos com os serviços de por eles prestados”.

Além disso como aponta Ferreira (2014, p:7), “as opiniões vão ser alicerce para a implementação de mudanças nas organizações, permitindo assim responder às expectativas e necessidades das populações no campo da saúde”.

Costa (2011) enfatiza o facto de as instituições valorizarem as avaliações dos cuidados feitos pelos utentes, no sentido de só assim se poder garantir a qualidade nos cuidados de saúde. Com base em McIntyre, Pereira, Silva et al. (2002), a mesma fonte insiste que para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, no sentido de identificar problemas passíveis de corrigir, criar novas expectativas relativamente aos cuidados e por fim a reorganização dos serviços propriamente dito, é indispensável ter como base a opinião dos utentes.

Mendes, Mantovani et al (2013, p: 19) com base em Arakava et al (2012) reforça a ideia de que “... a satisfação dos utentes com atendimento pode contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida pois parece promover a adesão ao tratamento e a continuidade na utilização dos serviços”. A mesma fonte (2013, p: 18) baseada em Esher et al (2012) diz ser

“essencial a participação dos utentes na avaliação dos serviços de saúde, pelas suas pertinentes e realistas contribuições, conducentes a uma melhoria dos cuidados de saúde”.

Para Lopes (2013, p: 60) “a satisfação constituirá o resultado de múltiplos fatores, nomeadamente as características do utente incluindo estilos de vida, experiencias anteriores com serviços de saúde, as suas expetativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, as expetativas futuras, os valores individuais e da sociedade”.

De facto como nos diz Machado (2012, p:21) citando Serapioni (2009) “... no âmbito da saúde, e contrariamente ao que acontece numa empresa industrial, o utente desempenha um duplo papel: é consumidor de atenção, mas também ser co-produtor”.

Quando existe satisfação, esta por regra é permanente tanto na área de quem é beneficiário dos cuidados como de quem os presta.

Centrando-nos na satisfação com os cuidados de Enfermagem e de acordo com a OE (2001), “ na procura permanente de excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação”. A OE também salienta que a satisfação do utente tendo em conta o profissional de enfermagem nas suas intervenções deve elevar a forma constante da abordagem e o respeito pelo utente a vários níveis (capacidades, crenças...), não descurar o envolvimento no planeamento de todo o processo de doença, sempre com o objetivo de minimizar os aspetos mais negativos de todo o desenrolar da intervenção de saúde.

Apesar de no passado ter sido desvalorizado, o paciente como ponto central na prestação dos cuidados de saúde, tem vindo ao longo dos tempos a tornar-se o figurante central com o papel principal conseguindo colaborar na avaliação da satisfação e assumindo assim cada vez mais uma importante ferramenta de pesquisa, e planeamento. De acordo com Lopes (2013, p: 63) citado por Alves (2007, p:45) “... de entre os intervenientes que utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe diretamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses cuidados”.

Fernandes (2014, p: 8) afirma que “a satisfação do utente é uma resposta afetiva ou emocional dada em face da avaliação que o mesmo faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito, essa resposta é determinada pela confirmação ou não das suas expectativas”. O mesmo autor citando Hespanhol (2005) diz que “a satisfação dos utentes consiste no modo como estes se apercebem dos serviços prestados e depende de duas ordens de fatores, as expectativas conscientes e as suposições inconscientes”.

Costa (2011, p:19) refere que “há uma diversidade bastante grande de fatores que podem influenciar o grau de satisfação das pessoas: de entre estes destacam-se os atributos do próprio indivíduo, as experiências vividas anteriormente, as variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos e as próprias expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, ...”. Compreendemos deste modo que devido à sua natureza multidimensional, se torna difícil obter um conceito consensual de satisfação bem como a sua própria operacionalização.

Assim Costa (2011) apresenta 12 dimensões de satisfação relacionadas com os cuidados de saúde: 1) elementos respeitantes a admissão; 2) acolhimento; 3) prestações hoteleiras; 4) conforto; 5) higiene das instalações; 6) visitas; 7) ocupação dos tempos livres; 8) apoio para os cuidados básicos; 9) relações interpessoais; 10) alta; 11) competência; 12) estado de saúde do utente.

Oliveira (2012, p: 22) com base nos pressupostos de Weiss (1988) defende a existência de 4 aspetos principais que na sua opinião são determinantes na satisfação: (1) característica dos pacientes - inclui as variáveis sociodemográficas, as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde; (2) Características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado”); (3) Aspetos da relação médico/enfermeiro – paciente; (4) Fatores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros). A mesma fonte (2012, p: 27) justifica a inclusão de novos factores afirmando que “ a crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde fez com que determinados fatores, como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde fossem destacados e relacionados diretamente com o processo de satisfação”.

Alguns dos fatores apontados incluem características e atributos pessoais relativos aos utentes, bem como, as experiências anteriores, as variáveis do contexto e as expectativas dos utentes sobre as diferentes dimensões da satisfação” (Lopes, 2013, p:61).

Dentro destas variáveis de contexto a perceção das pessoas sobre a funcionalidade da sua família também se tem revelado como fator preditivo da satisfação geral e por isso iremos tecer algumas considerações sobre a família e seu funcionamento.

Funcionalidade familiar

A família tem vindo a ser referenciada no tempo com imagens diferenciadas, o que torna a sua concetualização difícil e inconsensual.

O Conselho Internacional de Enfermagem (2006, p:171) através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), diz-nos que a família é um grupo com as características específicas de grupos de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.

A unidade social é constituída pela família como um todo, é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (Simões, 2012, p:25). Para Cordeiro (2011, p:14) a família é “a unidade básica da sociedade formada por indivíduos com ancestrais comuns. É no seio das relações familiares que os acontecimentos da vida individual adquirem o seu significado e por sua vez, através da mesma, são colocados à experiência, o nascer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação e o morrer...”.

Os indivíduos na sociedade estão inseridos em grupo, dependentes de diferente forma uns dos outros consoante a sua capacidade. De acordo com Moreira (2009, p:13) ao citar Phipps, Sands e Mareh (2003, p:154) “a família é tida como aquelas pessoas que o indivíduo doente, ou seu representante identifica como Família”.

Numa perspetiva de cuidado, Torres (2009, p: 416)“ diz-nos que, a qualidade das relações familiares encontra-se associada à qualidade do cuidado”. Os cuidados de saúde primários têm o privilégio de acompanhar o indivíduo/família no decorrer destas etapas do ciclo de vida e na sequência das consultas de vigilância.

De acordo com Cerqueira (2005) citado por Martins et al (2012), “a família é o primeiro grupo social no qual o homem está inserido, ou seja, é a rede inicial de relações de um indivíduo e funciona como matriz de identidade, e como tijolos de uma construção onde são satisfeitas as necessidades que são a base para a conservação, manutenção e recuperação da saúde. A família é encarregada da formação da personalidade, bem como de garantir a socialização e educação para a inserção na vida social”.

“Na sociedade atual, a tradição, a religião, a cultura, o contexto económico político e social, determinam um número elevado de parâmetros, levando a uma variedade de formas de vida familiar, o que leva a uma reflexão sobre a vida familiar que incide não só nas estruturas

mas também, nas funções, nos papéis, nas representações e nas relações”, Coelho (2012, p:62). Compreende-se que a família constitua um sistema dinâmico, que contém outros subsistemas em relação, desempenhando funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora (Dias, 2011, p: 141). Trata-se de facto de um conceito que acarreta complexidades e por isso Figueiredo (2009, p:90) baseando-se em Minuchin & Fishman (1990) e Wrigth & Leahey (2002) nos diz que “a família está permanentemente sujeita a pressões internas e externas que implicam variação e flutuações no seu equilíbrio, coexistindo a mudança e a estabilidade no sistema, implicando a transformação da posição dos membros da família para que o sistema mantenha a sua continuidade”.

Esta dimensão familiar reagrupa imensas áreas de intervenção a vários níveis. Moreira (2009, p: 13) citando Marinheiro (2002, p:17), confirma esta ideia referindo que a “família é a célula fundamental da sociedade, o primeiro e mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação de personalidade humana, o habitat natural de diferentes gerações em convivência desinteressada, o veículo de transmissão e aprofundamento de princípios éticos, sociais espirituais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a tradição e a modernidade...”

Graciano (2014, p:88) com base em Duncanetal (2004) reforça que ... “ família não é mais considerada como aquele grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos, mas sim um espaço emocional que pode-se organizar sob as mais diversas formas”.

Com esta diversidade de situações e considerando a sociedade atual, Santos (2011, p: 103), baseado em Bomar (2004), afirma que “as famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas e como consequência tornaram-se menores e com um maior número de idosos em sua composição”.

Para Dias (2011, p:141), “seja qual for o modelo de família, ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior.”

O universo da saúde tem como experiencia estas realidades sociais. Torna-se indispensável perceber de que forma os membros da família se relacionam considerando as suas funções. Vários autores descrevem funcionalidade familiar baseado em diferentes saberes. Torres (2009, p: 416) descreve funcionalidade familiar “em termos de adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade, e capacidade de resolução de família junto dos seus membros”.

“Num contexto sociocultural a família desempenha um papel fundamental e é a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos”. No entanto na área da saúde, “muitos familiares, apesar de inicialmente terem expressado o desejo de que os cuidados fossem ministrados no domicílio, mudam de opinião depois da doença que provoca dependência em estádios progressivos”, Coelho (2012, p:61).

Por essa razão Nave (2007, p: 43) refere que “ ... quer as funções internas de desenvolvimento e protecção dos membros, quer as externas socializações, adequação e transmissão de determinada cultura, são cada vez mais transferidas para entidades (organizações) externas”.

Como nos informa Sousa (2010, p:6) “em 2001, do total da população a viver em famílias institucionais, 57% eram idosos”... e apenas 27,15% dos idosos residiam em famílias clássicas”. Apesar desta constatação “as famílias mantêm-se como unidade emocional, afetiva, continuando a ser um espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros com capacidade de auto-organização”, Coelho (2012, p: 62).

“A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por APGAR familiar que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família”, Andrade & Martins (2011, p: 188). Este instrumento foi criado por Smilkstein, em 1978, e o acrónimo APGAR, proveniente da língua inglesa deriva da Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade Resolutiva).

Estado da arte sobre satisfação dos utentes

Um estudo realizado por Chaves et al (2012) com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes com os serviços e cuidados prestados, numa amostra de 1343 utentes concluíram que no geral os inquiridos se mostravam satisfeitos com os cuidados prestados: contudo mostravam insatisfação com a marcação das consultas com o conforto e condições físicas. Concluíram ainda que o nível de literacia dos utentes constituía um factor influente da sua satisfação.

Lopes (2013) desenvolveu sobre esta temática, um estudo exploratório, descritivo, quantitativo, com uma mostra de 213 utentes, em que foi aplicado a “ Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS” de Ribeiro (2003), entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, com o objetivo de conhecer o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde

Personalizados de Eiras. Concluíram que 94,7% dos inquiridos estão satisfeitos, com realce para a Qualidade da assistência, a Individualização da informação, e o Envolvimento do utente nos cuidados prestados. No entanto, a formalização da informação por escrito, a informação dos recursos foram os menos valorizados.

A perspetiva do estudo descritivo, aleatório e quantitativo de Pimentel (2010), que avalia a satisfação dos utentes relativamente aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores, através da aferição do nível de satisfação e da sua discriminação em relação a diferentes aspetos de funcionamento, especialmente ao nível da organização geral dos serviços, o atendimento, os serviços médicos e de enfermagem, assim como, em relação a aspetos específicos de desempenho, e identificação de áreas de intervenção prioritárias passíveis de melhoria na perspetiva do utente. A amostra foi de 384 utentes de 16 centros de saúde da região, a quem foi aplicado um questionário de aplicação regular. As conclusões retiradas mostram que a opinião dos utentes foi positiva em relação á satisfação em todas as dimensões em estudo. O nível de satisfação foi notório nas dimensões, espaços de atendimento/espera e qualidade das instalações, tempo de obtenção de consulta e tempo de espera para ser consultado, facilidade de contacto com o médico e apoio domiciliário. Verificaram ainda que os aspetos prioritários a melhorar na óptica dos utentes são a disponibilização de mais médicos de família, melhoria de equipamento e instalações, o acesso a exames diagnósticos e terapêutica, por fim, a redução do tempo de espera de consulta.

Um outro estudo realizado em 2012, por Machado a UCSP e USF do Agrupamento de Centro de Saúde Tâmega I – Baixo Tâmega, tinha como objetivo avaliar a satisfação dos utentes das referidas unidades e identificar ao fatores que influenciam essa satisfação. Abrangeu 852 indivíduos de 11 UCSP e 4 USF, com idades compreendidas entre 17 e 85 anos: as conclusões revelam utentes satisfeitos com os cuidados de saúde. Porém a maior satisfação é atribuída as dimensões “relação e comunicação”, destacando-se o tempo dedicado pelo profissional de Enfermagem, os “recursos humanos”, pela competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem, e as “instalações”. No entanto, embora positivos mas com atribuição menos valorizada temos a organização dos serviços e continuidade e cooperação. Os itens que mais se distanciaram e com pior avaliação correspondem ao tempo de espera e á organização dos serviços. Verificaram ainda que a satisfação difere consoante a idade, estado civil, escolaridade, utilização da unidade de saúde e tipo de unidade.

Inúmeros estudos desenvolvem a Satisfação, no entanto, procurei os que se apresentavam na área dos cuidados de saúde primários para manter dentro do possível idênticos critérios para ser possível comparar de forma fidedigna.

1 –Materiais e Métodos

A metodologia constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação (Fortin, 2009). Neste propósito e depois de termos reunido e consultado muita da bibliografia sobre a temática em estudo, vamos de seguida exibir e explicar as várias etapas do processo de pesquisa que compreendem: a conceptualização da investigação, as variáveis em estudo, as hipóteses de investigação, o instrumento de colheita de dados, a população com a respetiva amostra e os procedimentos estatísticos.

Assim a *questão de investigação* levantada inicialmente no nosso estudo é a seguinte:

Qual o grau de satisfação dos utentes que recorrem ao Centro de Saúde da Guarda e em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais interferem nessa satisfação?

Em resposta á questão formulada definimos os seguintes objetivos:

- ✓ Conhecer o grau de satisfação dos utentes que recorrem ao Centro de Saúde da Guarda.
- ✓ Identificar funcionalidade percebida pelos utentes
- ✓ Averiguar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais e a satisfação dos utentes.

1.1 Conceptualização da investigação

Com interesse nos sentimentos em geral dos utentes do centro de saúde para poder obter um leque substancial de opiniões com coerência, optámos por desenvolver um estudo não experimental, com o intuito manter os indivíduos no encadeamento natural (in loco) de necessidade de cuidados de saúde. Tendo em conta os objetivos aplicámos metodologia quantitativa que implica a descoberta de generalizações que expliquem a realidade no sentido de a predizer e controlar (Fortin, 2009).

Possui ainda as características de um estudo descritivo-correlacional uma vez que pretendemos obter resultados com maior rapidez. Este estudo caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado ou, por fim, ser uma característica do indivíduo (Martins & Mugeiro, 2011, p. 67).

1.2 – Variáveis em estudo

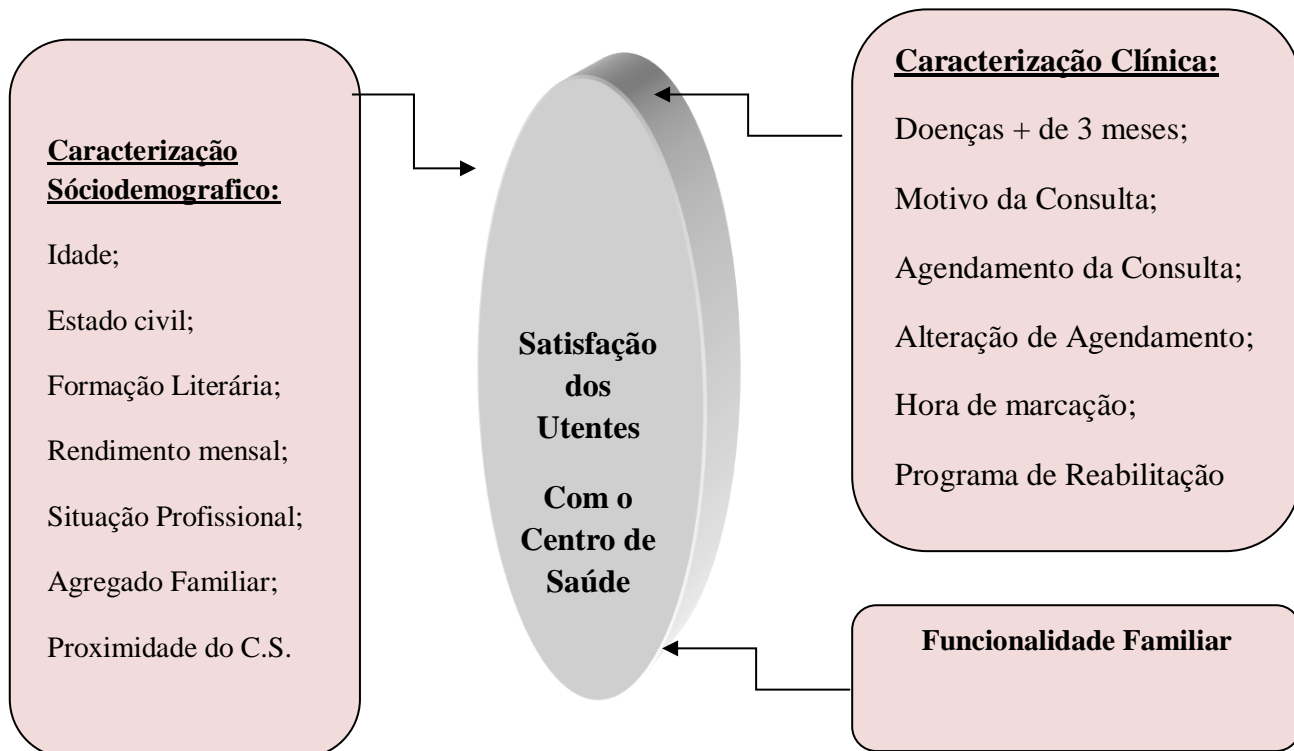
Variável é algo que, por oposição matemática a constante, representa uma característica cujo valor irá flutuar no contexto do domínio dessa variável.

Quanto à relação entre duas ou mais variáveis, Fortin (2009, p. 171) entende que existe uma dependente e outras independentes. A primeira “é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador”, enquanto as variáveis independentes são definidas como “elementos que são introduzidos e manipulados numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...) é considerada a causa do efeito produzido na variável dependente”.

Neste estudo a variável dependente corresponde à “Satisfação dos Utentes com o centro de Saúde”. Já as independentes dividem-se em sociodemográficas (idade; género; estado civil, formação literária, características socioeconómicas); variáveis clínicas e contextuais (doença com mais de 3 meses; motivo da consulta, agendamento da consulta, alteração de agendamento da consulta, hora de marcação da consulta, Programa de Reabilitação); e variáveis psicossociais (agregado familiar, funcionalidade familiar).

Para uma melhor compreensão, apresentamos a seguir o modelo conceptual que caracteriza a relação entre as variáveis em estudo.

Figura 1. Modelo conceptual do estudo



1.3 – Hipóteses de investigação

As hipóteses são um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis em estudo. É uma predição que é baseada na teoria ou numa proporção desta (Fortin, 1999). Tendo em conta a problemática do estudo, definimos as seguintes hipóteses simples:

H₁ – Existe associação entre o género na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₂ – Existe associação entre a idade e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₃ – A satisfação dos utentes com o Centro de Saúde depende do seu estado civil?

H₄ – Existe associação entre habilitações académicas e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₅ – Existe associação entre a Situação Profissional e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₆ – Existe associação entre os rendimentos mensais e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₇ – A realização de programas de reabilitação interfere na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde;

H₈ – Os benefícios da reabilitação percebidos pelos utentes estão associados à sua satisfação com os cuidados prestados pelo Centro de Saúde;

H₉ – Existe associação entre a percepção da funcionalidade familiar e a satisfação dos Utentes.

1.4 – Instrumento de colheita de dados

Tendo em conta a natureza do problema de investigação, os objetivos do estudo e as características da amostra, decidimos efetuar a recolha dos dados recorrendo a um questionário que permite avaliar a satisfação dos utentes do Centro de Saúde.

Procurámos adoptar um modelo de questionário que de modo sintético permitisse recolher as informações fundamentais para os objectivos da presente estudo. Neste sentido utilizamos como instrumento de medida destes cuidados um questionário composto por questões por nós formuladas e o EUROPEP, validado para a população portuguesa por Ferreira, Raposo & Godinho (2005), que foi construído para fornecer *feedback* para a melhoria da prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais de saúde.

Assim a primeira parte do instrumento de colheita de dados procura informações sobre os utilizadores (dados sociodemográfico, clínicos e contextuais, e familiares, tendo em conta a sua funcionalidade). A segunda parte inclui o questionário EUROPEP que é composto por (1) Indicadores chave que inclui as dimensões: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e, organização dos serviços, (2) Indicadores de áreas específicas de satisfação (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados).

Para além destes indicadores foram incluídos no questionário perguntas abertas no sentido dos utentes se expressarem sobre as melhorias que entendem ser fundamentais para o bom funcionamento do Centro de saúde bem como aspectos agradáveis e dessa gradáveis que encontram nas suas visitas à instituição.

Parte I – Variáveis sociodemográficas

Esta secção é composta por 7 questões, para recolher a informação sobre a idade (16 - 84 anos), o género (masculino e feminino), a área de residência (rural e urbana), e as características socioeconómicas dos participantes.

Parte II – Variáveis clínicas e contextuais

Esta parte do questionário é constituída por catorze questões, com as quais avaliámos a situação clínica do utente, e informações cedidas através da análise das variáveis: quem teve a iniciativa do agendamento da consulta, respetivas informações de dia e hora, o tempo de espera, realização de programas de reabilitação.

Parte III – Variáveis familiares

Esta área do questionário é constituída por 2 questões e pelos três níveis de funcionalidade familiar (Disfunção acentuada, Moderada disfunção, Altamente Funcional), as quais avaliam o número do agregado familiar, assim como o apoio que tem da família.

1.5 – População e amostra

A amostra é o conjunto de elementos extraídos de um conjunto maior, chamada população. Trata-se de um conjunto de indivíduos, acontecimentos ou outros objetos de estudo que o investigador pretende descrever ou para os quais pretende generalizar as suas conclusões ou resultados. A população alvo é constituída por todos os utentes utilizadores do Centro do Saúde da Guarda com médico de família atribuído e com necessidade de receber

cuidados de saúde. Recorremos deste modo a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 303 utentes do Centro de Saúde referido.

1.6 – Procedimentos

Inicialmente foi dirigido um ofício ao Diretor da Unidade Local de Saúde da Guarda, no sentido de ser autorizada a aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos utentes do Centro. No pedido era descrito o responsável pela pesquisa, explicitados os objetivos do estudo e garantida a confidencialidade, (Anexo 1) e (Anexo 2).

Posteriormente fomos contactados pela Coordenadora Pedagógica, que nos informou da autorização de colheita de dados.

O consentimento livre informado foi apresentado a todos os participantes que o assinaram, tendo igualmente sido informados sobre a investigação e sobre o anonimato dos dados, sabendo que em qualquer altura poderiam desistir se assim o desejassem.

Foi igualmente pedido parecer a Comissão da escola que deu parecer positivo, (Anexo3).

Após estes procedimentos legais e éticos, o presente estudo foi desenvolvido (feita colheita de dados) nos meses de Fevereiro e Março de 2014 na ULS, EPE da Guarda, no Centro de Saúde da Guarda.

1.6.1 -Critérios de exclusão

Os critérios de inclusão foram: Utentes que recorrem ao Centro de Saúde com médico de família atribuído.

Os critérios de exclusão foram: Os utilizadores dos cuidados de saúde de forma espontânea (que auferem dos cuidados por estarem de férias, de passagem, ...).

1.6.2 – Procedimentos estatísticos

Relativamente ao tratamento estatístico, após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde foram inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de

variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2003).

Para as medidas de achatamento curto se (K) o resultado também se obtém através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à estatística inferencial, fez-se uso da estatística não paramétrica. Esta foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Utilizámos vários testes que passamos a descrever.

O teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

O teste Kruskal Wallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2005).

Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo - 1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005).

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science²⁰ para o Windows e Word Microsoft.

2– Apresentação de resultados

O presente capítulo apresenta e analisa os resultados desta investigação a partir do instrumento de colheita de dados previamente selecionado e aplicado aos participantes no estudo.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva.

As tabelas onde não constam os totais nas colunas referem-se a resultados onde eram permitidos respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados.

O tratamento será apresentado em duas partes: uma primeira relativa a uma estatística descritiva e uma segunda onde se pretende analisar relação entre variáveis ou seja uma análise inferencial.

I – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes no Estudo

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.

Idade e género

A tabela 1 permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 303 participantes, sendo que 219 pertencem ao sexo feminino e 84 ao sexo masculino.

Constatamos também que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 16 e um máximo de 84 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 46,23 anos, um desvio padrão de 16,25 e um coeficiente de variação de 35,15%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do **género**, verificamos que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x} = 42,36$) é inferior à do sexo masculino ($\bar{x} = 56,31$), apresentando o grupo feminino uma elevada dispersão, e o masculino uma dispersão moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, da amostra total, é simétrica e platicurtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes

IDADE	N	Min	Máx	Méd	Dp	Sk	K	CV (%)
Masculino	84	20	84	56,31	15,67	-1,83	-1,55	27,82
Feminino	219	16	81	42,36	14,78	0,289	-1,99	34,89
Total	303	16	84	46,23	16,25	1,75	-3,69	35,15

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que a percentagem mais elevada se encontra no primeiro escalão (16-40), seguindo-se o segundo com 32,0% e apenas 24,1% possui idades acima dos 60 anos. Com se pode verificar existe uma assimetria relevante entre homens e mulheres, contudo não se verificam diferenças significativas na distribuição.

Residência

Os resultados desta variável mostram que a maioria (74,6%) dos pacientes que frequentam o centro de saúde reside em meio urbano enquanto 25.4 % vive em meio rural. Avaliando de igual modo esta distribuição por sexo verificamos, que quer homens (18.8%) quer mulheres (55.8%) vivem essencialmente em meio urbano, contudo o diferencial é mais acentuado no caso das mulheres.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil mostram (c.f. tabela 2), que o maior número de respostas (75,9%) se reporta à alternativa casado, seguindo-se os solteiros com 15.2 %. Temos ainda 5.3% com estado civil de divorciado e 3.6% viúvo.

Avaliando esta distribuição por sexo verificamos, que quer homens quer mulheres, são maioritariamente casados e apenas pequenas percentagens se distribuem pelas outras alternativas.

Formação Literária

Ainda na tabela 2 constatamos que o nível de escolaridade dos participantes no estudo se centra essencialmente no 1º e 2º ciclos de escolaridade (15,5% +21,8). Numa análise linear, com maior destaque (27.4%) encontramos os que tem curso superior, seguindo-se os que têm

o 2º ciclo com 21,8% e com valores próximos temos os que possuem o 1º ciclo (15,5%) e os que tem o 12º ano.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que as mulheres genericamente apresentam habilitações superiores aos homens.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos da amostra

GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
16-40	18	5,9	115	38,0	133	43,9
41-60	22	7,3	75	24,8	97	32,0
≥61	44	14,5	29	9,6	73	24,1
RESIDÊNCIA						
Rural	27	8,9	50	16,5	77	25,4
Urbano	57	18,8	169	55,8	226	74,6
ESTADO CIVIL						
Solteiro	5	1,7	41	13,5	46	15,2
Casado	69	22,8	161	53,1	230	75,9
Viúvo	5	1,7	6	2,0	11	3,6
Divorciado	5	1,7	11	3,6	16	5,3
FORMAÇÃO LITERÁRIA						
Não sabe ler/ escrever	5	1,7	3	1,0	8	2,6
1º Ciclo (4ª classe)	25	8,3	22	7,3	47	15,5
2º Ciclo (até 6º ano)	17	5,6	49	16,2	66	21,8
3º Ciclo (até 9º ano)	12	4,0	17	5,6	29	9,6
12º ano	10	3,3	41	13,5	51	16,8
Curso Médio	4	1,3	12	4,0	16	5,3
Curso Superior	11	3,6	72	23,8	83	27,4
TOTAL	84	27,7	219	72,3	303	100,0

Rendimento Mensal

Relativamente à variável descrita, verificamos que o grupo percentual mais representativo (60,1%), é o que aufer de valores mensais acima dos 500 euros, seguindo-se o grupo que dispõe de valores que se situam entre 250 e 500 € (23,9%).

Apesar da informação genérica que se pretendia de destacar que 11,6% dos respondentes se recusaram a dar esta informação.

Analisando a distribuição dos rendimentos por género, constatamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Situação Profissional

Quanto à situação profissional, verificamos que o maior valor percentual dos participantes (42,9%) recai no item empregado, seguindo-se os reformados no caso de 27,1%, e por fim os desempregados com 22,1%, valor este que não nos surpreende no contexto sociopolítico em que vivemos.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constatamos que os homens estão em maior valor percentual reformados (14,5%), enquanto as mulheres se encontram a trabalhar (35,3%).

Meio de Transporte Utilizado

Quanto ao meio de transporte que os nossos inquiridos utilizam na deslocação ao centro de saúde, podemos verificar que a maioria (79,5%) utiliza carro próprio, seguindo-se os que se deslocam a pé com 15,2%, distribuindo-se os restantes elementos em valores percentuais menores pelas alternativas táxi, transportes públicos e ambulâncias.

Analisando a distribuição dos transportes por género, constatamos que não existem diferenças relevantes entre homens e mulheres.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos da amostra (continuação)

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RENDIMENTO MENSAL								
Não Responderam	15	5,0	20	6,6	35	11,6		
Até 250 €	4	1,3	10	3,3	14	4,6		
250-500 €	14	4,6	58	19,1	72	23,9		
≥ 500 €	51	16,8	131	43,2	182	60,1		
SITUAÇÃO PROFISSIONAL								
Empregado	23	7,6	107	35,3	130	42,9		
Desempregado	12	4,0	55	18,2	67	22,1		
Reformado	44	14,5	38	12,5	82	27,1		
Outro	5	1,7	19	6,3	24	7,9		
MEIO DE TRANSPORTE								
A pé	13	4,3	33	10,9	46	15,2		
Carro próprio	65	21,5	176	58,1	241	79,5		
Táxi	2	0,7	5	1,7	7	2,3		
Outro transporte público	3	1,0	5	1,7	8	2,6		
Ambulância / Bombeiros	1	0,3	-	-	1	0,3		
TOTAL	84	27,7	219	72,3	303	100,0		

Tempos gastos em deslocações e espera no Centro de Saúde

A tabela 4, permite constatar que o tempo que os Utentes do Centro de Saúde gastam em deslocações oscila entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 60 minutos, correspondendo-lhe uma média de 15,10 mn, um desvio padrão de 9,74 e um coeficiente de variação de 64,50%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Já o tempo que o Utente permanece no Centro Saúde para ser atendido oscila entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 66 minutos, correspondendo-lhe uma média de 10,01 mn, um desvio padrão de 16,23 e um coeficiente de variação de 16,21%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição dos tempos gastos, são assimétricos positivos e leptocúrticos.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos tempos gastos na deslocação e espera no C.S.

TEMPOS GASTOS	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Na deslocação	0	60	15,10	9,74	10,38	11,24	64,50
Espera/ centro Saúde	0	66	10,01	16,23	13,47	9,36	16,21

II – Caracterização Clínica e contextual dos Inquiridos

Os resultados que apresentamos nesta seção visam fundamentalmente proceder a uma caracterização clínica e contextual dos participantes. Serão abordados diferentes aspectos ligados a doenças que possam apresentar, realização de programas de reabilitação, onde são estes efetuados, benefícios que lhe reconhece, iniciativas das consultas, razões etc....

Doenças que tem há mais de 3 meses

Relativamente a esta variável constatámos que apenas 259 participantes responderam a esta questão, o que significa que são apenas estes que possuem doenças com mais de três meses. Assim considerando o tipo de doenças constatamos que o maior valor percentual (29,0%) recai na HTA seguindo-se a diabetes com 14,3%, na terceira posição temos os problemas digestivos (12,9%), seguindo-se os osteo-articulares com 11,6% .Outras patologias são ainda referidas (cf.tabela 5) contudo com valores percentuais mais baixos.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que os homens apresentam uma distribuição semelhante à amostra total enquanto nas mulheres se destacam as enxaquecas.

Realização de programas de Reabilitação

Quisemos saber se os nossos utentes fazem ou já tinham feito programas de reabilitação: assim e de acordo com os dados da tabela 5 que 41,4% respondem afirmativamente enquanto 35,7% dizem nunca ter feito.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que a maioria das mulheres já fez contrariamente aos homens uma vez que 7,1% responde negativamente.

Local de realização

Quisemos ainda saber onde eram realizadas estas sessões: os dados mostram que para a maioria (62,9%) dos nossos inquiridos esta foi feita no hospital seguindo-se os serviços de fisioterapia (25,7%) e por fim o domicilio apenas para 11,4%.

A distribuição por sexo não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Benefícios da Reabilitação

Na sequência das questões anteriores quisemos conhecer a opinião dos utentes sobre estes programas: os dados mostram que o maior grupo percentual (42,9%) sente que teve poucos benefícios, seguindo – se os que entendem ter tido benefícios moderados (34,3%) e apenas 15,7% acha ter tido muitos benefícios com a sua realização.

A distribuição em função das respostas de género não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total

Tabela 5 – Dados sobre a situação clinica dos participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DOENÇAS COM MAIS DE 3 MESES								
Diabetes	21	9,1	12	5,2	33	14,3		
Asma/ doenças respiratórias crónicas	1	0,4	3	1,3	4	1,7		
Doenças do coração	10	4,3	3	1,3	13	5,6		
AVC	2	0,8	2	0,8	4	1,6		
HTA	30	13,0	37	16,0	67	29,0		
Problemas digestivos	10	4,3	20	8,6	30	12,9		
Doenças osteoarticulares	7	3,0	20	8,6	27	11,6		
Enxaquecas/ dores crónicas	1	0,4	24	10,4	25	10,8		
Doenças psiquiátricas	2	0,8	16	6,9	18	7,7		
Doenças malignas	4	1,7	5	2,1	9	3,9		

FAZ REABILITAÇÃO						
Sim	8	2,6	16	5,3	24	7,9
Não	76	25,1	203	67,0	279	92,1
LOCAL DE REALIZAÇÃO						
Hospital	3	13,0	4	17,4	7	30,4
Serviços de fisioterapia	1	4,3	7	30,4	8	34,8
Domicílio	-	-	1	4,3	1	4,3
Outro	3	13,0	3	13,0	6	26,1
BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO						
Poucos	10	23,3	8	18,6	18	41,9
Moderados	5	11,6	14	32,6	19	44,2
Muitos	2	4,7	4	9,3	6	14,0

Dentro dos factores de áreas específicas (contextuais), quisemos conhecer alguns aspectos ligados as consultas e nesse sentido formulámos as questões que se seguem.

Iniciativa da consulta

Perguntamos aos nossos participantes quem tinha tido a iniciativa da consulta em que se encontravam: os dados mostram que esta foi para o maior grupo (39,4%) iniciativa própria seguindo-se a consulta previamente combinada com o médico (29,8%) e na terceira posição a combinada com outro elemento do Centro de saúde. De realçar o nº de pessoas (22,5%) que não sabiam responder a esta questão.

A distribuição em função das respostas de género revela que as mulheres assumem em maior nº ter consulta por iniciativa própria enquanto os homens vão mais as consultas que são previamente marcadas.

Motivos das consultas

As razões que levaram os utentes as consultas são fundamentalmente o cumprimento das de rotina, (52,8%) seguindo-se “outras razões” não especificadas para 17,5%, e em terceiro lugar o não alívio da dor (6,9%). As doenças repentinas e acidentais têm pouca expressão nesta população.

Dado tratar-se de uma questão aberta, foram ainda referidas razões do tipo consulta de P. Familiar, tratamentos, vacinação, baixa médica, receituário e cheque dentista.

A distribuição das respostas de género apenas difere no caso de os homens assinalarem mais acidentes.

Antecedência da marcação da consulta

Uma outra questão que indagámos junto dos nossos participantes liga-se á antecedência com que foi marcada a consulta: os dados expressos na tabela 6 mostram que para o maior grupo percentual (51,8%) esta foi marcada com antecedência tendo ficado logo definidos dia e hora, seguindo-se com (19,9%) o grupo que não sabe responder a questão, e na terceira posição (15,5%) aqueles que respondem “sim ficou marcada mas apenas o dia”. De realçar o nº de pessoas (12,9%) que diz não ter consulta marcada.

Tabela 6 – Dados relativos às consultas dos participantes

GÉNERO VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
INICIATIVA DA CONSULTA						
Própria	23	7,6	96	31,8	119	39,4
Médico Família	33	10,9	57	18,9	90	29,8
Centro de saúde	8	2,6	17	5,6	25	8,3
Não sabe	19	6,3	49	16,2	68	22,5
RAZÕES PRINCIPAIS CONSULTA						
Dores s/alívio	8	2,6	13	4,3	21	6,9
Consulta de rotina	43	14,2	117	38,6	160	52,8
Doença repentina	1	0,3	11	3,6	12	4,0
Acidente	3	1,0	2	0,7	5	1,7
Outras	14	4,6	39	12,8	53	17,5
MARCAÇÃO COM ANTECEDÊNCIA						
Não	10	3,3	29	9,6	39	12,9
Sim só o dia	15	5,0	32	10,6	47	15,5
Sim dia e hora	42	13,9	115	38,0	157	51,8
Não sabe	17	5,6	43	14,2	60	19,9

FORMAS DE MARCAÇÃO						
Telefone	12	4,0	41	13,5	53	17,5
No centro de saúde	25	8,3	71	23,4	96	31,7
Por terceiros	2	0,7	7	2,3	9	3,0
Marcação/ consulta anterior	20	6,6	40	13,2	60	19,8
Convocação	2	0,7	6	2,0	8	2,6
Não sabe	23	7,6	54	17,8	77	25,4

Forma de marcação da consulta

Junto dos utentes com consulta marcada, quisemos ainda saber como tinha sido marcada: os dados mostram que para o maior grupo percentual (31,7%) esta foi marcada no próprio centro de saúde, seguindo-se com (19,8%) os que já a tinham marcado na consulta anterior, e com 17,5% os que a marcaram pelo telefone. As marcações efetuadas por terceiros (3,0%) ou por convocatória (2,6%) têm pouca expressão nesta amostra.

Mais uma vez o grupo que não sabe responder à questão, representa 25,4% dos inquiridos.

Informações sobre alterações na consulta

Perguntamos igualmente aos nossos participantes se lhes tinham dado informação sobre a possibilidade de mudar a data de marcação da consulta em caso de necessidade, e as respostas dadas mostram que 43,6% sabia, contudo 56,5% afirma não ter esse conhecimento. A distribuição em função das respostas de género não apresenta diferenças relevantes.

Ajustamento da Consulta

Outra questão que colocámos aos utentes foi “se a consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito”: os dados mostram que para o maior grupo percentual (72,3%) esta resposta é afirmativa, seguindo-se com (8,3%) os que já dizem não, e mais uma vez o grupo que não responde à questão, representa 19,5% dos inquiridos.

Cumprimento de horário da consulta

Outra informação que procuramos, foi a de saber se a consulta tinha sido realizada à hora que tinha sido marcada: os resultados expressos na tabela 7 mostram que 47,2% dos respondentes realizou a consulta à hora marcada, 29,9% acha o contrário e 22,9% optou por não responder.

Tabela 7 – Dados relativos às consultas dos participantes (continuação)

GÉNERO VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
INFORM. DE TROCAS						
Sim	39	12,9	93	30,7	132	43,4
Não	45	14,9	126	41,6	171	56,5
CONSULTA EM HORA AJUSTADA						
Sim	57	18,8	162	53,5	219	72,3
Não	9	3,0	16	5,3	25	8,3
Não responde	18	6,9	41	13,5	59	19,5
HORA MARCADA						
Sim	41	13,6	101	33,6	142	47,2
Não	23	7,6	67	22,3	90	29,9
Não responde	19	6,3	50	16,6	69	22,9

Período entre marcação e consulta e tempo de espera

Quisemos também saber quantos dias tinham decorrido entre a marcação da consulta e o dia da sua realização: os dados mostram que este período oscilou entre um valor mínimo de 10 e um máximo de 240 dias, correspondendo-lhe uma média de 54,21, um desvio padrão de 45,60 e um coeficiente de variação de 84,11%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Um outro dado refere-se a questão que pretendia saber junto dos utentes que acham que a consulta não se realizou à hora marcada quanto tempo em média esperaram por essa consulta. Os dados mostram (cf. Tabela 8) que esta espera oscilou entre um valor mínimo de 3 minutos e um máximo de 180 minutos, (3 horas) correspondendo-lhe uma média de 21,86 mn, um desvio padrão de 30,88 e um coeficiente de variação de 141,26%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média

Tabela 8 – Estatísticas descritivas dos tempos gastos na deslocação e espera no C.S.

TEMPOS DECORRIDOS	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)
Entre consultas	10	240	54,21	45,60	84,11
Espera da consulta	3	180	21,86	30,88	141,26

III – Caracterização Familiar dos Inquiridos

Com esta terceira parte, pretendemos proceder a uma caracterização familiar dos utentes que constituem a nossa amostra. Começaremos por apresentar os valores que constituem os *agregados familiares* dos participantes e seguidamente faremos a apresentação dos resultados da aplicação da escala pelos *níveis de funcionalidade* em que esta é classificada.

Nº do agregado familiar

Tendo em conta a variedade que podemos encontrar no nº de indivíduos que constituem o agregado familiar dos utentes quisemos questioná-los sobre isso: os dados mostram que este se distribui entre um valor mínimo de 1 elemento e um máximo de 7, correspondendo-lhe uma média de 2,92, um desvio padrão de 1,10 e um coeficiente de variação de 37,67%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas do nº de elementos do Agregado Familiar

VALORES DO AGREGADO	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)
Agregado familiar	1	7	2,92	1,10	37,67

Níveis de funcionalidade familiar

Como já referimos anteriormente o resultado final da escala obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada uma das perguntas que varia entre zero (0) e dez (10) pontos. A pontuação total permite classificar o tipo de relação familiar em: *famílias altamente funcionais (7-10 pontos)*, *famílias com disfunção moderada; (4 -6 pontos)*, e *famílias com disfunção grave(0-3 pontos)*.

Múltiplos estudos têm revelado que a funcionalidade da família causam um “efeito intenso na satisfação geral da vida”, por isso associámos ao instrumento de colheita de dados a escala de Apgar familiar, que tem por objectivo avaliar a funcionalidade familiar percebida.

Os valores encontrados nos participantes do estudo oscilam entre 0 (Min) e 10 (Max), com uma média de 8,50 e um Dp de 1,88.

A distribuição dos participantes pelos três níveis funcionais do Apgar familiar revela, (c.f. tabela 10) que maioritariamente as percepções são bastante positivas, uma vez que os valores percentuais mais elevados nos três grupos, estão associadas a famílias altamente funcionais.

Seguem-se aquelas que são avaliadas com moderadas disfunções (14,2%) e apenas 2,0% do total dos inquiridos percebe famílias com disfunções acentuadas.

Apesar de algumas diferenças nas respostas por género, os valores do Qui-Quadrado demonstram que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=1,916$; $p=0,384$).

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar

GRUPOS	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	3	1	3	1	6	2
Moderada disfunção	10	3,3	33	10,9	43	14,2
Altamente funcional	70	23,2	183	60,6	253	83,8
Total	83	27,5	219	72,5	302	100

($X^2=1,916$; $p=0,384$)

IV – Satisfação dos Utentes com os cuidados Prestados no Centro de Saúde

Sabemos que a satisfação dos utentes quanto aos cuidados prestados nos centros de Saúde constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido utilizamos como instrumento de medida destes cuidados o questionário EUROPEP que foi construído para fornecer *feedback* para a melhoria da prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais de saúde.

Este instrumento é constituído por 2 partes: a primeira procura *informações sobre os utilizadores* (dados socio económicos, de saúde e contextuais). A segunda inclui o questionário EUROPEP que é composto por (1) *Indicadores chave* que inclui as dimensões: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e, organização dos serviços (2) *Indicadores de áreas específicas de satisfação* (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados) e atitudes após a experiência.

Indicadores -Chave

A tabela 11 expressa os dados relativos às dimensões que integram os indicadores chave do instrumento utilizado.

Assim constatamos que na dimensão **Relação e Comunicação** os dados oscilam entre um valor mínimo de 6 e um máximo de 30, correspondendo-lhe uma média de 25,69 um desvio padrão de 5,29 e um coeficiente de variação de 20,59%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Já na dimensão **Cuidados médicos** os dados oscilam entre um valor mínimo de 5 e um máximo de 25, correspondendo-lhe uma média de 20,66 um desvio padrão de 4,91 e um coeficiente de variação de 23,76%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Relativamente à dimensão **Informação e apoio** os dados oscilam entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 20, correspondendo-lhe uma média de 16,82 um desvio padrão de 4,18 e um coeficiente de variação de 24,85%, o que nos indica também a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Na dimensão **Continuidade e Cooperação** os dados oscilam entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 10, correspondendo-lhe uma média de 8,25 um desvio padrão de 2,24 e um coeficiente de variação de 27,15%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Por fim na dimensão **Organização de Serviços** os dados oscilam entre um valor mínimo de 6 e um máximo de 30, correspondendo-lhe uma média de 22,94 um desvio padrão de 6,07 e um coeficiente de variação de 26,46%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Numa análise global das dimensões podemos afirmar que de um modo geral o grau de satisfação dos utentes é elevado, contudo e considerando os valores máximos possíveis em cada dimensão constatamos que o grau de satisfação dos utentes é maior no item *relação/comunicação* (85,6%), seguindo-se a *informação e apoio* (84,1%), na terceira posição os *cuidados médicos* com (82,6%), na quarta posição a *continuidade /cooperação* (82,5%), e por último a dimensão com menor satisfação diz respeito à organização dos serviços (76,4%).

Tabela 11 – Estatísticas relativas aos indicadores –chave EUROPEP

INDICADORES	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Relação / comunicação	6	30	25,69	5,29	- 11,92	11,91	20,59
Cuidados médicos	5	25	20,66	4,91	-7,51	4,30	23,76
Informação / apoio	4	20	16,82	4,18	-8,37	5,06	24,85
Continuidade e Cooperação	2	10	8,25	2,24	6,1	2,38	27,15
Organização de serviços	6	30	22,94	6,07	-5,67	0,95	26,46

Indicadores de Enfermagem

A tabela 12, expressa os dados relativos à satisfação dos utentes com os cuidados (dimensões) da equipa de Enfermagem.

Assim, centrando-nos na dimensão **Relação de Ajuda** os dados oscilam entre um valor mínimo de 6 e um máximo de 30, correspondendo-lhe uma média de 26,65 um desvio padrão de 5,36 e um coeficiente de variação de 20,11%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Já na dimensão **Interpessoal** os dados oscilam entre um valor mínimo de 1 e um máximo de 5, correspondendo-lhe uma média de 4,49 um desvio padrão de 1,10 e um coeficiente de variação de 24,49%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Na última dimensão, a **Instrumental** os dados oscilam entre um valor mínimo de 8 e um máximo de 40, correspondendo-lhe uma média de 31,99 um desvio padrão de 8,62 e um coeficiente de variação de 26,94%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Também aqui numa análise global das dimensões podemos afirmar que de um modo geral o grau de satisfação dos utentes é bastante positivo, contudo e seguindo a metodologia anterior constatamos o seguinte: o grau de satisfação dos utentes é maior relativamente a dimensão *Interpessoal* (89,9%), seguindo-se a *relação de ajuda* (88,8%), na terceira e última está a dimensão *instrumental* com 79,9%.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas da satisfação com os cuidados de Enfermagem

ENFERMAGEM	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Relação de Ajuda	6	30	26,65	5,36	13,85	16,45	20,11
Dimensão interpessoal	1	5	4,49	1,10	13,29	12,66	24,49
Dimensão instrumental	8	40	31,99	8,62	12,17	11,52	26,94

Indicadores de Áreas específicas

Como foi referido no capítulo relativo à metodologia são indicadores de áreas específicas de satisfação as características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados, que passaremos a analisar.

Assim, centrando-nos na *pontualidade* da dimensão **Profissionais** os dados oscilam entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 20, correspondendo-lhe uma média de 16,29 um desvio padrão de 4,17 e um coeficiente de variação de 25,59%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média. Já *atenção*(da mesma dimensão) apresenta valores oscilam entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 20, correspondendo-lhe uma média de 16,72 um desvio padrão de 3,99 e um coeficiente de variação de 23,86%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Na dimensão **Condições do Centro de Saúde** são avaliadas as *respostas os serviços prestados* e a *qualidade das instalações* os dados oscilam entre os valores mínimos e máximos expressos na tabela 13 e com médias muito próximas dos valores máximos. Os coeficientes de variação indicam a existência de dispersões moderadas em torno das médias, excepto no caso dos serviços prestados onde esta é elevada.

À semelhança das situações anteriores o grau de satisfação dos utentes é bastante positivo, contudo e seguindo a mesma metodologia, constatamos que o grau de satisfação dos utentes é maior no item *respostas* (84,6%), seguindo-se a *atenção* (83,6%), na terceira posição a *qualidade das instalações* (83,1%), na quarta a *pontualidade* (81,4%), e por ultimo com pior classificação os serviços prestados com (75,8%).

Na dimensão **Opiniões e atitudes após experiencia são** avaliadas as respostas *recomendo este médico e não vejo razão para mudar (de médico)*: podemos ver que os dados oscilam entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 10, correspondendo-lhe uma média de 7,91 um desvio padrão de 2,36 e um coeficiente de variação de 29,83%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Apesar dos valores serem muito positivos o grau de satisfação corresponde apenas a 79,1%.

Tabela 13 – Estatísticas descritivas da satisfação com os profissionais e condições do CS

INDICADORES		Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Profissionais	Pontualidade	4	20	16,29	4,17	9,17	5,38	25,59
	Atenção	4	20	16,72	3,99	1,25	25,7	23,86
Condições do Centro de Saúde	Respostas	2	10	8,46	2,28	6,81	2,33	26,95
	Serviços Prestados	1	5	3,79	1,39	4,06	1,33	36,67
	Qualidade das Instalações	2	10	8,31	2,05	9,52	5,91	24,66
Opinião/ Atitude	Médico de Família	2	10	7,91	2,36	7,60	0,88	29,83

Para além de análise dos resultados em função das diferentes dimensões da escala feita anteriormente, parece-nos fundamental conhecer a satisfação global dos utentes. Estes valores resultaram do somatório de 55 itens em escala tipo likert do questionário (tendo sido invertidos dois deles) podendo os valores oscilar entre **55** (min) e **275** (máx). Quanto maior for o valor obtido, maior será a satisfação dos utentes.

Deste modo constatamos que o grau de satisfação dos homens que constituíram a amostra, oscila entre um valor mínimo de 38 e um máximo de 275, correspondendo-lhe uma média de 214,80 um desvio padrão de 51,54 e um coeficiente de variação de 23,99%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Já no caso das mulheres, os valores são superiores (logo maior satisfação) oscilando os dados entre um valor mínimo de 63 e um máximo de 275, correspondendo-lhe uma média de 220,65 um desvio padrão de 44,06 e um coeficiente de variação de 19,96%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Relativamente à satisfação global da amostra total verificamos que os dados oscilam entre um valor mínimo de 63 e um máximo de 275, correspondendo-lhe uma média de 218,92 um desvio padrão de 46,29 e um coeficiente de variação de 21,14%, o que nos indica também a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição da satisfação dos utentes, é assimétrica negativa e leptocúrtica.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas da satisfação global dos Utentes por género

SATISFAÇÃO GLOBAL	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Masculino	83	275	214,80	51,54	-2,36	0,03	23,99
Feminino	63	275	220,65	44,06	-5,69	4,48	19,96
TOTAL	63	275	218,92	46,29	-5,83	3,02	21,14

Do questionário constavam ainda algumas questões abertas onde se procurava saber que melhorias propunham ao bom funcionamento dos serviços, e as surpresas agradáveis e desagradáveis que tinham tido com o centro de saúde. Nem todos os inquiridos responderam a estas questões, porém apresentamos as respostas obtidas.

Aspectos a Melhorar

As respostas a questão aberta “*aspectos a melhorar no centro de saúde*” encontram-se expressas no quadro 1 e são bastante variadas como podemos constatar. Contudo destacamos 28,3% que diz não ser necessário, 10,3% afirma não pagar taxas, 9,0% diz melhorias no atendimento telefónico, 7,6 sugere maior compreensão por parte da casse médica e 7,0% acha que é preciso mais conforto (cadeiras, temperatura, ruídos). As restantes sugestões distribuem-se por outros aspectos mas com menor expressão percentual.

Quadro 1 – Distribuição das respostas sobre melhoramentos

MELHORAMENTOS	TOTAL	
	N	%
Não são necessários	44	28,3
Não pagar taxas	16	10,3
Melhorar tempo de espera	9	5,8
Mais pessoal (médicos e enfermeiros)	7	4,5
Incerteza da consulta	4	2,5
Conforto de cadeira/temperatura /ruído da sala de espera	11	7,0
Mais simpatia e formação do Pessoal administrativo	6	3,8
Atendimento telefónico	14	9,0
Sinalética (Exterior e Interior)	5	3,2
Sistema de som	6	3,8
Maquinas Snack com mais variedade	4	2,5
Limpeza do WC	8	5,0
Mais compreensão médica	12	7,6
Maior rapidez nos resultados dos exames	9	5,9

Surpresas Agradáveis

As respostas a questão “*surpresas agradáveis*” encontram-se expressas no quadro 2 e são igualmente bastante diversas. Destacamos em primeiro lugar 46,9% que diz não ter tido, 15,3% refere que o pessoal de Enfermagem é extraordinário, seguindo-se com 11,2% os médicos disponíveis e atenciosos, e a simpatia do pessoal geral com 7,1%. As restantes sugestões distribuem-se por outros aspectos mas com menor expressão percentual.

Quadro 2 – Distribuição de respostas sobre surpresas agradáveis

SURPRESAS AGRADÁVEIS	TOTAL	
	N	%
Não tive	46	46,9
Existência de TV	2	2,0
Médicos disponíveis e atenciosos	11	11,2
Enfermeiros “extraordinários “	15	15,3
Rapidez no atendimento	3	3,0
Bom atendimento	5	5,1
Simpatia e competência do pessoal geral	7	7,1
- Boas instalações	6	6,1
Limpeza do serviço (wc)	3	3,0

Surpresas Desagradáveis

As respostas sobre esta questão foram apenas 60 e encontram-se expressas no quadro 3. Assim destacamos em primeiro lugar os que referem não ter tido surpresas desagradáveis com 53,3%, em seguida e com igual valor percentual (10%) referem antipatia por parte de alguns profissionais de saúde e outro pessoal de apoio e ainda a longas esperas na consulta, e ainda falhas nos sistemas informáticos com 6,6%.

Quadro 3 – Distribuição de respostas sobre surpresas desagradáveis

SURPRESAS DESAGRADÁVEIS	TOTAL	
	N	%
Não tive	32	53,3
Falha Sistema informático	4	6,6
Espera longa na consulta	6	10,0
Incompreensão médica	3	5,0
Antipatia de Profissionais de Saúde e Administrativos	6	10,0
Falta de aquecimento	2	3,3
Médico ausente e não houve desmarcação de consulta	3	5,0
Falta de consulta em situação de urgência	4	6,6

Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com PESTANA e GAGEIRO (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil habilitações literárias, e rendimento mensal.

H1 – Existe associação entre género e a satisfação dos utentes com o CS.

Para se perceber a influência do género na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 15, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,809$) entre as duas variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do sexo feminino aqueles que apresentam valores mais elevados, (M= 70,04) o que significa que são também os que apresentam maior satisfação.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o sexo não influencia a satisfação dos Utentes.

Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney entre o género e Satisfação dos Utentes

Género	O.M.	U	P
Masculino	68,23	1936,500	0,809
Feminino	70,04		

H2 – Existe associação entre a idade e a satisfação dos utentes com o CS.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os 41 e os 60 anos os que apresentam médias mais elevadas (M= 49,75) logo percebem maior satisfação, seguindo-se os que tem entre 14-40 anos, contudo as diferenças estatísticas não são significativas (p=0.977). o grupo que se mostra mais insatisfeito é o que tem idade igual ou superior a 60 anos.

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos participantes, não interfere no nível de satisfação dos Utentes.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e Satisfação dos Utentes

Grupos etários	O.M	χ^2	P
16-40	69,66	0,047	0,977
41-60	70,27		
≥61	68,40		

H3 – A satisfação dos utentes com o CS depende do seu estado civil?

Para entendermos a influência da variável “estado civil na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde, recodificou-se a variável em dois grupos: os que vivem só (solteiros, viúvos e divorciados) e os que vivem acompanhados (casados). Para o efeito utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. A tabela 17 revela pelo valor de ($p=0,951$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada.

No entanto constatamos, que o valor das médias é ligeiramente mais elevado ($M=39,79$) nos participantes casados levando-nos a pensar que são estes que estão mais satisfeitos.

Tabela17- Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e Satisfação dos Utesntes

Com quem vive	O.M.	U	P
Só	69,11	1646,500	0,951
Acompanhado	69,61	-	-

H4 – Existe associação entre habilitações académicas e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde.

A análise da associação entre formação académica e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde, foi efectuada através do *Teste Kruskal-Wallis*. Ao observar a tabela 18, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,422$) entre as variáveis em estudo, apesar do grupo detentor do ensino secundário/licenciatura apresentar ordenações médias mais elevadas ($M=70,81$) que os restantes grupos, logo com maior satisfação.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde, é independente das suas habilitações literárias.

Tabela 18- Relação entre habilitações académicas e Satisfação dos Utentes

Habilitações académicas	O.M.	χ^2	P
1º ciclo	54,50	1,726	0,422
2º e 3º ciclo	66,25		
12º/Licenciatura	73,81		

H5 – Existe associação entre a Situação Profissional e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde.

Para testar a hipótese cinco recorreremos ao Teste Kruskal-Wallis (c.f. tabela 19) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que se encontram empregados os que apresentam médias mais elevadas (M= 70,40) logo mais satisfeitos, do que os desempregados e reformados, contudo com diferenças estatísticas não significativas entre os respondentes ($p = 0,116$).

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a situação profissional dos participantes, não está associada na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde.

Tabela 19- Teste de kruskal-wallis entre situação profissional e Satisfação dos Utentes

Situação profissional	O.M.	χ^2	P
Empregado	70,40	4,307	0,116
Desempregado	53,49		
Reformado	63,56		

H6 – Existe associação entre os rendimentos mensais e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde.

Para testar esta hipótese recodificámos esta variável em dois grupos: recorreremos mais uma vez ao Teste U de Mann-Whitney (c.f. tabela 20), que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que auferem valores superiores a 500€ os que apresentam maior satisfação com o Centro de Saúde, contrariamente aos que auferem valores inferiores a 500€, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p = 0,002$).

Deste modo aceitamos a hipótese formulada afirmando que os participantes que auferem valores superiores a 500€ são os que estão mais satisfeitos.

Tabela 20- Teste U de Mann-Whitney entre rendimento mensal e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde

Rendimento mensal	O.M.	U	P
≤ 500€	47,43	1101,000	0,002
> 500€	67,49	-	-

H7 – A realização de programas de reabilitação interfere na satisfação dos utentes com o Centro de Saúde.

Para testar esta hipótese recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 21) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que não fazem reabilitação os que apresentam médias mais elevadas ($M = 64,43$) que os que afirmam fazer, porém as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas ($p = 0,706$).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que nestes participantes a reabilitação não influi no grau de satisfação dos utentes.

Tabela 21- Teste U de Mann-Whitney entre a realização de programas de reabilitação ea satisfação dos utentes com o Centro de Saúde

Programa de reabilitação	O.M.	U	P
Sim	60,50	742,000	0,706
Não	64,43	-	-

H8 – Os benefícios da reabilitação percebidos pelos utentes estão associados à sua satisfação com os cuidados prestados pelo Centro de Saúde.

Utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*. (c.f. tabela 22) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que percebem muitos benefícios na reabilitação (M=20,73) os que sentem maior satisfação, contrariamente aos restantes grupos, sendo as diferenças estatísticas bastante significativas ($p = 0,004$).

Deste modo aceitamos a hipótese formulada afirmando que quanto melhor for a percepção dos benefícios da reabilitação expressa pelos participantes maior é a sua satisfação.

Tabela 22 - Teste de Kruskal-Wallis entre benefícios da reabilitação e a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde

Benefícios Reabilitação	O.M.	χ^2	P
Poucos	10,91	11,012	0,004
Moderados	20,32		
Muitos	24,50		

H9 – Existe associação entre a percepção da funcionalidade familiar e a satisfação dos Utentes.

Para terminar e testarmos esta última hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*. A tabela 23 mostra (pelos valores da média) que são os participantes que

percepcionam famílias como altamente funcionais ($M=71,10$) os que sentem maior satisfação quando comparados com os outros dois grupos, contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($p = 0,355$).

Deste modo rejeitamos mais uma vez a hipótese formulada dizendo, que de facto não existe uma associação significativa entre estas duas variáveis.

Tabela 23 - Teste de kruskal-wallis entre funcionalidade familiar e a Satisfação dos Utentes

Funcionalidade Familiar	O.M.	χ^2	P
Disfuncional	52,33	2,069	0,355
Moderada	58,95		
Altamente funcional	71,10		

3 – Discussão de resultados

Na última década, em Portugal, a realidade sócio económica e financeira tem vindo a sofrer diversos reajustes adequados a cada momento. Os recursos económicos têm tido uma ponderação apreciável maioritariamente com imagem negativa. Cada vez mais é notória a necessidade investir no melhoramento/reajustamento da qualidade dos serviços nas diversas áreas, a da “Saúde” não é exceção!

Torna-se imprescindível atingir a qualidade a nível global dos serviços prestados, frequentemente obtidos baseado em opiniões favoráveis transmitidas pelos utilizadores, revelando o grau de satisfação dos mesmos relativamente aos cuidados recebidos.

Com esta linha orientadora, foi elaborado esta dissertação com a finalidade de alcançar as dinâmicas que possam ser passíveis de ser reajustadas de forma adequada no que diz respeito á função de cada profissional para conseguir atingir o topo da Satisfação dos utilizadores, em cada vertente da instituição de saúde.

Tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas, os aspetos relacionados com a funcionalidade familiar não descurando os indicadores chave EUROPEP aplicados à amostra em estudo, vamos proceder á sua discussão á luz dos estudos consultados.

Assim num total de 303 participantes, e relativamente às *características sociodemográficas* podemos concluir que 219 indivíduos inquiridos são do sexo feminino, os restantes 84 são do sexo masculino, com uma média de idades de 46,23 anos, oscilando entre um mínimo de 16 e um máximo de 84 anos. Na generalidade dos estudos consultados, constatámos que a maioria dos participantes era do sexo feminino [Machado (2012) (71,8%), Pimentel (2010) (52%), Lopes (2013) (68,1%)]. Os dados do INE (CENSOS, 2011) demonstram que a população portuguesa é constituída globalmente por 10562178 cidadãos, sendo que 5515578 representam o sexo feminino e 5066000o sexo masculino, verificando-se que o maior número de cidadãos é do sexo feminino. Dado que corrobora com o resultado obtido no estudo em causa. Relativamente ao grupo etário, o dos 16 aos 40 anos apresenta-se como o grupo mais representativo com 32,0%, contrastando com o último escalão com idades acima dos 60 anos de idade, sendo o menos representativo com 24,1%. Estes dados não vão de encontro com os dados do INE que apresentam e justificam o elevado número de idosos com a longevidade dos mesmos, e o reduzido número de jovem devido à tendência que os mesmos apresentam em migrar devido à situação económica do país.

Face ao nível de escolaridade dos participantes com maior destaque encontram-se os indivíduos que concluíram um curso superior com 27,4%, seguido com 21,8% dos indivíduos

que possuem o 2º ciclo, indivíduos com 12º ano de escolaridade representam 16,8%, por último com o menor valor de 15,5% os indivíduos com o 1º ciclo. Os estudos realizados por Ferreira (2014), Lopes (2013), Machado (2012), e Pimentel (2010) não corroboram estes resultados uma vez que os indivíduos com o ensino básico representam a maior percentagem, sendo o menor valor percentual nos indivíduos com ensino superior. Esta disparidade de resultados poder-se-á justificar com a idade média da maioria da amostra, com a conjuntura actual e com o desenvolvimento social a que assistimos e aos investimentos feitos na área de formação de adultos. Os indivíduos do sexo feminino apresentam neste estudo habilitações literárias superiores aos do sexo masculino, à semelhança do demonstrado pelo estudo às Unidades de Saúde do Interior levado a cabo por Oliveira (2011).

Relativamente ao rendimento mensal, verificamos que 60,1%, dos indivíduos auferem de rendimento mensal acima dos 500 euros, contrastando com 23,9% dos indivíduos com rendimento mensal entre os 250 e 500 euros. Nesta questão sentimos que respondiam com alguma reserva havendo mesmo 11,6% dos participantes que se recusaram a responder. No que diz respeito à atividade profissional dos indivíduos da amostra essencialmente encontravam-se empregados com 42,9%, seguido do grupo formado pelos reformados com 27,1%, e 22,1% representam os indivíduos desempregados. Estes dados não nos surpreendem no contexto político-social em que nos encontramos uma vez que os valores de desemprego rondam estes valores. De salientar que os indivíduos do sexo masculino estão mais presentes no grupo dos “reformados” com 14,5%, enquanto os indivíduos do sexo feminino estão representados com 35,3% no item “empregados”. Vários são os estudos pesquisados onde os resultados corroboram o nosso neste parâmetro. Contudo Oliveira (2012), e Chaves (2012) apresentam resultados opostos demonstrando que os indivíduos não ativos apresentam valores percentuais superiores dado que a maioria eram reformados.

Quanto ao tipo de transporte mais utilizado pelos inquiridos para acederem à instituição de saúde foi maioritariamente o carro próprio com 79,5%, seguindo-se os indivíduos que acorrem a pé com 15,2%. O tempo gasto pelos participantes nas deslocações ao centro de saúde varia entre o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 60 minutos, equivalente a uma média de 15,10 mn. O tempo que o indivíduo permanece no centro de saúde até ser atendido oscila entre 0 valor mínimo e 66 minutos valor máximo, que corresponde a uma média de 10,01 mn. Estes resultados mostram que há uma grande proximidade entre serviços e cidadãos e os tempos gastos para a maioria dos utentes corresponde aos valores padrão indicados pois como recomenda a OE (2008) “os serviços de Saúde têm de ser partilhados de igual forma pelas pessoas, independentemente da sua

capacidade financeira e todos (ricos ou pobres de regiões urbanas ou rurais) têm de ter acesso aos serviços de saúde”.

Centrando-nos nos dados de *caracterização clínica e contextual* dos participantes verificamos que apenas 259 indivíduos responderam ter conhecimento das doenças que possuem (com mais de 3 meses). Ao pretendermos conhecer as patologias concluímos que 29,0% sofre de HTA, seguindo-se 14,3% com Diabetes, com 12,9% os problemas digestivos e por último os problemas osteoarticulares em 11,6% dos utentes. Com valores pouco significativos e maior incidência nos indivíduos do sexo feminino observa-se a enxaqueca. Estes dados estão em consonância com os de Chaves (2012), num estudo desenvolvido em contexto similar ou seja de cuidados de saúde primários. Também Mártires (2014, p:4) alerta para “o custo das doenças crónicas para Portugal que poderá representar nos próximos anos 60% a 80% do total do orçamento da saúde sendo necessário acrescentar os custos com as reformas antecipadas provocadas por complicações de saúde, resultantes de condições crónicas como a Hipertensão arterial (HTA), diabetes ou osteoporose.”

Os programas de Reabilitação são um recurso de saúde onde muitos dos utentes acedem (41,4%) contudo 35,7% mostrou algum desconhecimento sobre estas práticas. Relativamente ao género, os participantes do sexo feminino já foram incluídos em programas com o intuito de reabilitar, contrariamente aos inquiridos do sexo masculino tendo respondido de forma negativa (7,1%). Maioritariamente os programas de reabilitação foram realizados no hospital para 62,9%, em serviços de fisioterapia para 25,7%, e por fim no domicílio apenas 11,4%. Relativamente aos benefícios adquiridos após conclusão dos programas de reabilitação apenas 15,7% consideraram ter muitos benefícios, 34,3% entenderam ter tido benefícios moderados, e 42,9% teve pouco benefícios. Como nos diz Andrade et al (2010,p: 80) “a satisfação dos utentes também passa pela necessidade em avaliar os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em reabilitação no processo de cuidar, com o intuito de alcançar o auto cuidado do indivíduo doente “... sem esta satisfação não se poderia obter os ganhos que são estabelecidos entre o enfermeiro de reabilitação e as pessoas atendidas”.

Estes resultados mostram em nossa opinião ainda alguma falta de conhecimento sobre os programas de reabilitação e sobretudo porque as suas recentes práticas ainda o não possibilitaram.

Já no que diz respeito ao agendamento das consultas constatámos, que foi essencialmente feito por iniciativa do próprio em 39,4%, para 29,8% foi previamente combinada com o médico, e para 22,5% dos utentes resultou da iniciativa de outro elemento do Centro de Saúde. Estes resultados corroboram o estudo realizado por Oliveira (2012)

quando diz que os elementos da amostra do sexo feminino assumem ter consultas a maior parte das vezes por iniciativa própria, contrariamente aos indivíduos do sexo masculino que mais facilmente vão às consultas desde que previamente marcadas.

Os motivos que levam à marcação das consultas são tendencialmente para o cumprimento de rotinas (52,8%), 17,5% por razões não especificadas, 6,9% para alívio da dor. Outras respostas foram dadas em questão aberta como sendo o Planeamento Familiar, Tratamentos, vacinação, baixa médica, receituário e cheque dentista. Neste contexto os indivíduos do sexo masculino diferem dos do sexo feminino por referenciar mais motivos acidentais. Oliveira (2012), apresenta resultados inversos com percentagens superiores devido a sintomas agudos e percentagem inferior para as consultas de rotina. Por sua vez Mendes et al (2013) ao realizar um estudo comparativo UCSP/USF apresenta na UCSP, maior percentagem como motiva de consulta ser devido a doença (47,5%) e por último a vacinação (16,1%).

No contexto das marcações das consultas, a maioria dos indivíduos (51,8%) marcou a consulta com antecedência tendo ficado logo definido dia e hora. Contudo 19,9% não responde a esta questão, 15,5% refere ter o dia marcado mas sem horário definido e por fim 12,9% não tinha consulta marcada. Quanto à forma como a consulta foi marcada, verificámos que para 31,7% foi marcada pelo próprio centro de saúde, para 19,8% foi marcada na consulta anterior e para 17,5% a marcação foi feita via telefone. Os participantes que não responderam estão representados no grupo percentual de 25,4%. Assim como podemos verificar a menor percentagem corresponde aos indivíduos que foram convocados, resultados que corroboram o estudo levado a cabo por Oliveira (2012).

Perguntamos igualmente aos nossos participantes se lhes tinham dado informação sobre a possibilidade de mudar a data de marcação da consulta em caso de necessidade, e as respostas dadas mostram que 43,6% sabia, contudo 56,5% afirma não ter esse conhecimento.

Outra questão que colocámos aos utentes foi “se a consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito”: os dados mostram que para o maior grupo percentual (72,3%) esta resposta é afirmativa, seguindo-se com (8,3%) os que já dizem não, e mais uma vez o grupo que não responde à questão, representa 19,5% dos inquiridos.

O cumprimento dos horários da consulta efectuou-se para 47,2% dos participantes contudo 29,9% responde negativamente e 22,9% não quiseram responder à questão. O tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta varia entre o valor mínimo de 10 dias e um máximo de 240 dias, o que corresponde a uma média de 54,21. Questionados os participantes que não consideram ter as consultas á hora marcada, sobre o tempo médio de

espera respondem entre o valor mínimo de 3 minutos e um máximo de 180 minutos, correspondente em média de 21,86 mn. Mendes et al (2013) apresentam o tempo de espera similar entre 30 minutos a 120 minutos, no entanto 25,3% dos inquiridos não sabiam especificar o tempo de espera.

Relativamente à *caracterização familiar*, verificámos que em nº, a distribuição se faz entre o mínimo de 1 elemento e 7 no máximo, correspondendo a uma média de 2,92 por agregado. No entanto quisemos conhecer a forma como os nossos inquiridos avaliam a funcionalidade da sua família: os dados mostraram que 83,8% percecionam famílias altamente funcionais, 14,2% com moderadas disfunções, e apenas 2,0% das famílias são identificadas como sendo famílias com disfunções acentuadas. Lopes (2013) no seu estudo refere que 76,5% dos participantes vão acompanhados e apenas 23,5% vão sós sem acompanhantes. Atualmente verifica-se que os idosos são frequentemente acompanhados pelos familiares “jovem”, provavelmente devido ao facto deste se encontrarem mais disponíveis ou desempregados, devido ao contexto/cenário socioeconómico do país, sem estratégias de futuro emprego a curto/médio prazo.

Satisfação dos utentes com os cuidados prestados no Centro de Saúde

Considerando a satisfação dos utentes constatamos um elevado grau de satisfação com valores percentuais respetivamente de (85,6%), (84,1%); (82,6%); (82,5%). Chaves et al (2012) apresentam resultados que idênticos a este estudo revelando que os utentes se apresentam bastante satisfeitos com a globalidade dos itens. Constatámos que a dimensão “Organização dos serviços” é aquela onde encontramos menor grau de Satisfação para 76,4% dos utentes. Já o estudo levado a cabo por Oliveira (2012) demonstra aspectos diferentes uma vez que o maior grau de insatisfação se relaciona com “o tempo de espera para a consulta” assim como a “acessibilidade ao centro de saúde “. Este parâmetro da acessibilidade foi também destacado no estudo de Marques (2010).

Os Indicadores de enfermagem destacam-se sobretudo na dinâmica da equipa e dos respetivos profissionais, e são avaliados muito positivamente nas dimensões “Relação de Ajuda”; “Interpessoal”; e ” Instrumental”. De facto o grau de satisfação dos participantes é mais elevado nas duas primeiras dimensões representando valores muito próximos com 89,9% e 88,8% respetivamente, seguindo-se a dimensão instrumental com 79,9% (com menor grau de satisfação).

A área dos indicadores específicos da escala incide sobretudo na dimensão profissional, e aqui foi relevada a pontualidade (81,4%), a atenção (83,6%); as condições do centro de saúde (84,6%), os serviços prestados (75,8%) e a qualidade das instalações (83,1%).

Embora pelos valores apresentados, a satisfação dos utentes seja avaliada de forma muito positiva, não esquecer que corresponde ao valor percentual de 79,1%. Ao ser avaliado o grau de satisfação global dos utentes em função do sexo, verifica-se que os participantes do sexo feminino apresentam um grau de satisfação superior aos inquiridos do sexo masculino.

A opinião dos utentes, bem como as suas sugestões para a melhoria dos serviços têm-se revelado fundamentais: neste sentido incluímos no questionário questões abertas sobre estes aspectos mais concretamente “aspectos a melhorar no centro de saúde”: assim 28,3% dos utentes refere “serem desnecessárias melhorias”, 10,3%, sugere o “ não pagamento das taxas moderadoras” 9,0% acha que tem de haver “ melhorias no atendimento telefónico” 9,0%, apreciava maior “compreensão por parte da classe médica” e 7,0% diz que há “ necessidade de maior conforto” dando como exemplos as cadeiras da sala de espera, o ruído e a temperatura ambiente. Estas questões estão provavelmente relacionadas com o facto da zona geográfica da Guarda ter a particularidade de apresentar um inverno rude com temperaturas tendencialmente baixas, verificando a dificuldade que o aquecimento frequentemente não consegue vencer o “frio” exterior. O “ruído” referenciado, é em nossa opinião, devido á concentração de utentes na sala de espera levando a um ambiente barulhento, ruidoso, desagradável. Este ambiente dificulta ainda a audição da chamada dos utentes para as consultas médicas/enfermagem uma vez que o próprio equipamento de som por vezes é um pouco perceptível.

Contrariamente, no que diz respeito às “surpresas agradáveis”, verificámos que 46,9% dos inquiridos referem não ter tido surpresas agradáveis; 15,3% dos participantes referem que o pessoal de Enfermagem é extraordinário, seguindo-se o item “médicos disponíveis e atenciosos”, e por último 7,1% destaca a simpatia do pessoal no geral.

Relativamente às “surpresas desagradáveis”, muitos não quiseram pronunciar-se e apenas 60 inquiridos responderam: assim 53,3% referem o facto de não terem sido surpreendidos de forma desagradável, 10% expressam antipatia por parte de alguns profissionais de saúde e outro pessoal de apoio e ainda longas esperas na consulta, por ultimo com 6,6% surgem as falhas dos sistemas informáticos.

Passando a análise de relação entre variáveis verificamos o seguinte: o sexo dos participantes não influencia a satisfação, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas com $p=0,809$ entre as duas variáveis. Contudo pelo valor ordenado das médias

($M=70,04$) verificamos que as mulheres se apresentam mais satisfeitas que os homens. Estes resultados corroboram com o estudo realizado por Chaves et al (2012) afirmando que o género dos participantes não interfere na satisfação dos utentes.

Quanto à relação entre as idades dos participantes e o grau de satisfação dos mesmos verificamos que os participantes com idades compreendidas entre 41 e 60 anos percebem maior grau de satisfação assumindo o valor mais elevado das médias ($M=49,75$), seguindo-se os que tem idades compreendidas entre 14 e 40 anos. As diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,977$), revelando que os mais insatisfeitos são os inquiridos com de mais de 60 anos de idade. Face ao exposto temos de rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos participantes não interfere no nível da satisfação dos utentes. Cerqueira (2012) diz-nos no seu estudo que a idade não tem relação direta com a satisfação, logo vão de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo. Opostamente a estes resultados Oliveira (2012) levou a cabo um estudo o qual demonstra que quanto maior é a idade dos utentes menor é a satisfação o que leva à significância estatística.

A terceira hipótese tinha por objetivo avaliar a influência que o estado civil dos participantes pode exercer sobre o grau de satisfação dos utentes. Após análise dos resultados e considerando que os participantes foram agrupados em acompanhados e não acompanhados verificamos que são os primeiros os que se apresentam mais satisfeitos contudo as diferenças estatísticas não são significativas com $p=0,951$. Resultados semelhantes, encontrou Lopes (2013), que acrescenta que o estado civil não interfere com a satisfação dos participantes.

De igual modo as habilitações académicas dos inquiridos não interferem na sua satisfação dos utentes, dado que não existem diferenças estatísticas significativas $p=0,422$. No entanto podemos retirar do estudo que os utentes mais satisfeitos são o grupo detentor do ensino secundário/licenciatura. Perante estes dados somos levados a rejeitar a hipótese formulada, o que corrobora com os resultados obtidos com o trabalho de investigação desenvolvido por Machado (2012), sendo a maior satisfação demonstrada por indivíduos com formação superior. Contrariamente aos resultados apresentados por Mendes (2013) que revelam maior satisfação demonstrada nos inquiridos com menor grau de escolaridade.

A quinta hipótese procurava estabelecer relação entre a situação profissional e a satisfação dos utentes e pode dizer-se mais uma vez que as diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,116$). No entanto, pelos valores das médias constatamos que os utentes empregados apresentam -se mais satisfeitos ($M=70,40$) que os restantes. Resultados semelhantes foram apresentados no estudo levado a cabo por Oliveira (2012) ao estudar a satisfação dos utentes no âmbito de cuidados de saúde primários.

Contrariamente aos resultados anteriores, o rendimento mensal dos participantes está associado à satisfação dos utentes: assim os utentes que auferem valores superiores a 500 euros são os mais satisfeitos, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p=0,002$). Nesta área sócio económica e entre os diversos trabalhos consultados foi nos difícil encontrar resultados comparativos. No entanto Dinis (2013) chegou a resultados que contradizem os do nosso trabalho, não apresentando diferenças significativas.

A sétima hipótese testa a possível associação entre a realização de programas de reabilitação com a satisfação dos utentes, os dados revelam que as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas ($p = 0,706$). Perante estes resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, concluindo que nestes participantes a reabilitação não influi no grau de satisfação dos utentes, tal como verificou Pontinha (2011) no seu estudo desenvolvido no âmbito dos cuidados diferenciados.

A oitava hipótese formulada refere-se aos “benefícios da reabilitação e respetivos programas” relativamente a satisfação dos utentes. Neste, são identificadas diferenças estatísticas bastante significativas ($p = 0,004$). Assim, aceitamos a hipótese formulada afirmando que quanto melhor for a percepção dos benefícios da reabilitação e respetivos programas maior é a sua satisfação dos utentes. O estudo levado a cabo por Pontinha (2011) quanto ao efeito que os programas de reabilitação realizados produzem, grande parte dos indivíduos que praticaram consideram contribuir favoravelmente para o alívio das complicações, logo contribui para o benefício da reabilitação.

A nona e última hipótese procurava verificar associação entre a funcionalidade familiar dos participantes e a satisfação dos mesmos. As diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,355$) apesar dos participantes que percecionam famílias como altamente funcionais serem aqueles que apresentam médias superiores de satisfação ($M=71,10$). Os nossos resultados corroboram com os resultados apresentados no estudo desenvolvido por Dinis (2013).

4 – Conclusões

O capítulo que iniciamos constitui uma etapa da investigação, onde se pretende sintetizar os principais resultados, com o propósito de propor medidas que possam de forma adequada melhorar o grau de satisfação dos utentes consumidores de cuidados de saúde. O conhecimento constante e actualizado, apenas é possível através da realização de estudos de investigação nas diversas áreas científicas, a saúde não é excepção, porém tem merecido maior destaque a Satisfação dos Utes com os Serviços uma vez que representam um indicador de qualidade.

Foi este o eixo motivador que nos conduziu á presente investigação e portanto em jeito de síntese final, e debruçando-nos sobre o percurso investigativo realizado até aqui, com foco nos principais objectivos concluímos:

Que a satisfação geral dos utentes do Centro de Saúde da Guarda é de um modo geral Bastante Satisfatória com os cuidados prestados. Contudo verificámos que o grau de satisfação dos utentes é mais elevado nas dimensões *relação/comunicação* (85,6%), *informação e apoio* (84,1%), nos *cuidados médicos* (82,6%), e na *continuidade /cooperação* (82,5%). Inversamente a dimensão que reflecte menor satisfação diz respeito à *organização dos serviços* (76,4%).

No caso específico da prestação de serviço pela *Equipa de Enfermagem* constatámos que de um modo geral o grau de satisfação dos utentes é também bastante positivo: assim, a satisfação é maior na dimensão *Interpessoal* (89,9%), seguindo-se a *relação de ajuda* (88,8%), na terceira e última posição está a dimensão *instrumental* (79,9%). Dizem que uma das “surpresas agradáveis” é a classe de enfermagem, considerando os Enfermeiros “extraordinários”. A implementação do enfermeiro de família (efectivado neste centro) promove o relacionamento e faz com que este profissional esteja cada vez mais próximo dos utentes.

Já em relação às *Condições do Centro de Saúde* a satisfação dos utentes continua a ser positiva, no entanto é maior ao nível das *respostas* (84,6%), da *atenção* (83,6%), da *qualidade das instalações* (83,1%), e pontualidade (81,4%). A pior classificação logo menos satisfação recai na dimensão *serviços prestados*.

Os “*aspectos a melhorar no centro de saúde*” sugeridos pelos nossos participantes foram sendo variados, contudo destacam por ordem de importância, *o não pagar taxas; melhorias no atendimento telefónico; maior compreensão por parte da classe médica; mais conforto* ao nível das cadeiras, da temperatura, e do ruído (sobretudo do equipamento áudio).

As correlações estabelecidas entre variáveis, neste estudo, confirmam (com significância estatística) que a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde é mais elevada: nos indivíduos com maiores rendimentos mensais ou seja naqueles que auferem valores acima de 500€, e ainda nos utentes que percebem maiores benefícios no desenvolvimento dos programas de reabilitação.

De modo inverso, o género, a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a situação profissional, o realizar programas de reabilitação e a percepção sobre a funcionalidade familiar, mostraram não exercer influência na satisfação destes Utentes.

Estes resultados mostram que é imperioso investigar sobre o nível de satisfação dos utentes de modo a poder-se promover alterações e/ou reajustes necessários aos cuidados prestados, para satisfazer mais e melhor aqueles que recorrem ao centro de saúde da Guarda, tornando o mesmo, um local de excelência nos cuidados prestados. Isto obviamente, apenas será conseguido se todos os profissionais da instituição em geral estiverem sensibilizados para a necessidade de garantir a qualidade dos cuidados e avaliar/monitorizar continuamente os graus de satisfação dos utentes sobre os cuidados recebidos. É igualmente fundamental ter a percepção dos pontos fortes e fracos que possam influenciar essa satisfação, no sentido de desenvolver estratégias de mudança que conduzam aos ganhos em saúde.

Conscientes das dificuldades e limitações que todos os trabalhos encerram, acreditamos que o nosso não é exceção. De facto com o desenrolar deste trabalho de investigação surgiram vários momentos de dificuldades/limitações, no entanto alguns destes contratempos foram sendo contornados. São aspetos exemplificativos do referido:

- A extensão do questionário, levando a morosidade no seu preenchimento, e por isso alguns participantes desistiam e outros sugeriram levar para casa para devolver a posteriori;
- A dificuldade e/ou (falta de vontade) no preenchimento de algumas questões do questionário não sendo devidamente preenchidas, como por exemplo o “rendimento mensal do agregado”,

- A entrega do Consentimento Informado onde é pedida a identificação do participante para ceder a autorização no manuseamento dos dados recolhidos, levou a alguns inquiridos terem receio na colaboração desta investigação mesmo após elucidação;
- O período de tempo em que ocorreu a colheita de dados que coincidiu com uma época festiva (Páscoa) em que a população se encontra mais dispersa e menos receptiva a estas colaborações.

Apesar do referido e considerando as limitações descritas, pensamos que os resultados deste trabalho são bastante valiosos e fornecem informações importantes no âmbito da satisfação dos utentes utilizadores de cuidados de saúde primários. De facto outro estudo a nível académico foi realizado nesta instituição e extensões com o propósito de avaliar a satisfação dos utentes, contudo consideramos esta investigação como “inaugural” no âmbito da satisfação dos utentes no centro de saúde da Guarda uma vez que auferimos de novas instalações com condições estruturais e orgânicas diferenciadas. Não obstante, deixamos como sugestão a aplicação de novos questionários para avaliação da satisfação, permitindo deste modo a comparação de resultados à posteriori.

5 – Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema Saúde, IP. (2010). Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados: Cálculos de indicadores de Desempenho; Critérios a observar na sua implementação. Versão revista a 19 de Fevereiro de 2010. Acedido em www.acss.min-saude.pt/.../0/CálculoIndicadoresDesempenho.pdf.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Referências de Competências e de Formação para o Domínio da Diabetes*– Julho 2012. Acedido em www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DIABETES.pdf.
- Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde – III.2) Eixos Estratégicos – Equidade e Acesso adequado ao Cuidado de Saúde*(Versão Discussão) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – (p:2).
- Andrade, A. J., Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. Milénium, 40. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em www.ipv.pt/millenum/Millenum40/13.pdf
- Andrade, L., Araújo, E.; Andrade, K., Soares, D., Cianca, T. (2010). Papel do Enfermeiro na Reabilitação Física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2010 nov-dez, 63(6): 1056-60. Acedido em www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). (2010). Contributos para o Plano Nacional Saúde 2011-2016. Maximizar os Ganhos em Saúde da População: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como Agentes na Obtenção de Ganhos em Saúde. Acedido em www.apr.am.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf

- Barreiros, Santiago & Miguel (2013). *Motivos de Consulta em Medicina Geral e Familiar no Distrito de Coimbra no ano de 2010*. Estudos originais, Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar. Acedido em www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpmgf/v29n4/v29n4a05.pdf
- Borges, R., D'Oliveira, Lucas, A.F.P. (2011) – A Visita Médica Domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC - The medical homevisit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, abr./jun. 2011. Acedido em www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0611
- Cardoso, Tavares, Agostinho, P Lavnik & Frida. (2008). *Aptidão Física em uma População de Pacientes Hipertensos: Avaliação das Condições Osteoarticulares Visando o Benefício Cardiovascular*. Revista Brasileira Hipertensão. Vol.15 (3), departamentos. cardiol. Acedido em br/dha/revista/15-3/04-aptidao.pdf.
- Cerqueira, A. R.S.M., (2012). *Cuidados de Enfermagem numa USF de ponte de Lima – Satisfação dos utentes*. Universidade Fernando Pessoa. ARSM Cerqueira - 2012 – Acedido em bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3502/5/T_20550.pdf.
- Cidade da Guarda – Município da Guarda. Acedido em www.mun-guarda.pt/index.asp?idedicao=51&idSeccao=576
- Coelho, M.C.P., (2012). O Idoso Dependente no Domicílio – Perceção de Sobrecarga do Cuidador Informal num Concelho do Distrito da Guarda. Instituto Politécnico da Guarda. Acedido em <http://hdl.handle.net/10314/1316>
- Cordeiro, L. A.G. (2011). Cuidador Informal de Idosos Dependentes: Dificuldades e Sobrecarga. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1665>

- Costa, G. B. (2011). Avaliação da Satisfação dos Utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas de Moniz. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em <http://hdl.handle.net/10362/9257>
- Costa, Silva, Jorge, Diniz & Márcia. (2008). *A importância da Interface Educação/Saúde no Ambiente Escolar como Prática de Promoção da Saúde* – Volume. 4, nº 2, p: 30-33. Acedido em www.uff.br/promoçãodasaude/PS%20no%20ambiente%20escolar.pdf
- Cunha, M.G.T. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar. Instituto Politécnico de Bragança - Escola de Superior de Saúde. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/.../Marisa%20cunhapdf>
- Diário da Republica (2011) – Regulamento nº125/2011 – APER. Acedido em www.aper.com.pt/index_ficheiros/0865808659.pdf
- Dias, Cunha & Castro (2011). *Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão de Literatura*. Acedido em www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf
- Dias (2013). *A Importância do Controlo da Tensão Arterial*. Ecosaúde – Porque a vida não pára, 12 Maio. Acedido em www.ecosaude.pt/.../a-importancia-do-controlo-da-tensao-arterial
- Dias, M.O. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspectiva Sistémica – O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/104000.14/9176>
- Dinis, S.R.B. (2013). Satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://hsl.handle.net/10400.19/2053>

Direção Geral da Saúde (2008). *Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho*. Guia de orientação para a prevenção. Acedido em www.portaldasaude.pt/NR/.../0/lesoesmusculoesqueleticas.pdf

Duarte, A.R.C. (2012). Satisfação com a informação nos utentes com cardiopatia isquémica. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1691>

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS – (p. 12).

Escola Nacional de Saúde Pública, IV Mestrado de Gestão em Saúde, Lisboa, Julho. Acedido em <http://hdl.handle.net/10362/9257>

Escoval, Coelho, Diniz, Alexandre, Rodrigues, Moreira&Espiga.(2010).*Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde*. Gestão integrada da doença, Revista Portuguesa de Saúde Publica, Volume temático: 9, Fevereiro, (p: 107).

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde – Códigos electrónicos, Datajuris, Direito e Informática – (p: 4). Acedido em <http://82.102.24.65/pdfs/codigos/sernacsaude.pdf>

Eusébio, S. (2012). Resiliência de família com filhos deficientes. Instituto Politécnico da Guarda. Acedido em <http://hdl.handle.net/10314/1321>

Fernandes, M.ED. (2014). Avaliação da satisfação de cuidados de saúde mental comunitários: estudo exploratório. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/15127>

Ferreira, C.A.S. (2014). Satisfação dos utentes da Unidade Local de Saúde do Nordeste face aos cuidados de Enfermagem. Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/9785>

Ferrito (2010). *Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Diabetes tipo 2 em Cuidados de Saúde Primários. Contributo para uma prática baseada em evidência*. Universidade

Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7177/.../Tese_Final_CF_Ventrega.pdf

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um Contexto do Cuidador*. Universidade do Porto. Universidade de ciências biomédicas Abel Salazar.

Fontbonne (2013). *Diabetes Tipo 2: um Cenário Preocupante*. Determinantes Sociais da Saúde, portal e observatório sobre iniquidades em saúde, 23-01-2013.Região Nordeste, Brasil. Acedido em dssbr.org/site/opinioes/diabetes-tipo-2-um-cenario-preocupante

Furtado& Pereira (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Documento de Trabalho, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Junho 2010 (p:4;19).

Gaudêncio, Melo, Veríssimo& Silva (2010). *O Desafio das Doenças Crónicas*. Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional da R.A dos Açores, 02/11/2010, Enfermeiras do Curso Pós Licenciatura de Enfermagem Comunitária da ESEPD. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/.../ODesafiodasDoencasCronicas.aspx

Godinho, A.C. (2011). *Qualidade, Satisfação e Lealdade*. Universidade de Aveiro. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/8525>

Gomes,Machado, Cavadas, Filipe, Teixeira, Pires,Santos,Agostinho,Esquecivel& Sousa (2013). *Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários*. ThePrimaryCareFrequentAttenderProfile, ActaMedPort 2013 Jan-Feb;26(1):17-23.

Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde – Acedido em www.hevora.min-saude.pt/docs/guia_do_utente.pdf

Graciano, M.M.C, Marcos, V.C.,Samartine, J. H., Lago, V.C. (2014). *Saúde Reprodutiva na Adolescência: Comunicação, Funcionalidade da Família e Comportamento Preventivo*.

Adolescente Saúde. Vol.11(3):87-95. Acedido em

www.adolescenciaesaude.com/detalhe-artigo.asp?id=451...

Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, IP, **Doenças não Transmissíveis** – 2ªserie,numero especial 2,Boletim epidemiológico, Lisboa, ISSN 2182 – 8873. Acedido em www.insa.pt/sites/INSA/.../ObservacoesVol2Numeroespecial2.aspx

Januário, J.C.(2013). Resultados das Intervenções do Enfermeiro Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Acedido em

https://estudogeral.sib.uc.pt/.../José%20Carlos%20Januário_Dissertação%20%5BMG%20ES%5D-%5B2013%5D.pdf

Lobo, Mateus, Santos, Martins& Martins (2013). Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação – Reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários -*Satisfação dos utentes com os profissionais de saúde e a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários*.Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, 1ª Edição Setembro.

Lopes, Mendesetal(2010).*Plano nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados Continuados Integrados em Portugal* – analisando o presente, perspetivando o futuro.

Lopes, S.M.G. M. (2013). Satisfação dos Utentes com osCuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em essenfc.pt/?url=KaQehi

Machado, C.S.A. M. (2012). Satisfação de Utentes do Tâmega I – Baixo Tâmega. Instituto politécnico de Bragança.Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.22/1899>

- Marques & Nunes (2008). *Evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. Clínica Universitária de Imagiologia, Hospital da Universidade de Coimbra, Maio. Acedido em www.huc.min-saude.pt/imagiologia/.../evolucao%20do%20sns.pdf
- Marques, T.P.S. (2010). Da Qualidade à Satisfação do Utente. Serviço de Colheita de Sangue e seu Contributo para a Satisfação do Utente. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás os Montes e Alto Douro. Acedido em <http://hdl.handle.net/10348/1416>
- Martins, L., Rodrigues, M., Mesquita, V. (2012). Quality of Life of People with Chronic Wound. Associações dos Amigos de Grande Idade – Inovação e Desenvolvimento. Acedido em Associacaoamigosdagrandeidade.com/.../funcionalidade-familiar/ visto em 27/11/2014 as 01.10 h.
- Mártires (2014). *Processo de Cuidar em Enfermagem - Idosos com Hipertensão Arterial*. Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Doutoramento em Enfermagem. Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/10566>
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemitto, M. L., Lopes, J.M., (2013). A Satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. III Série-nº9- Março 2013.pp-17-25. Revista de Enfermagem Referencia. Artigo de Investigação
- Moreira, C. (2011). As Vivências dos Enfermeiros que Cuidam da Criança/Família com Doença Crónica. Universidade Atlântica. Acedido em <http://hdl.handle.net/10884/100>
- Nave, F. (2007) Os Padrões da Cultura Organizacional da Família. Uma Abordagem da Funcionalidade Familiar, numa perspetiva organizacional. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.1/483>

Oliveira, António José Eugénio. (2012). Satisfação dos Utentes numa Unidade de Saúde do Interior. ISCTE. BusinessSchool. Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/5027>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual enunciados descritivos – Conselho de Enfermagem. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/.../divulgar%20-20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2008. Conselho Internacional de Enfermeiro – Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários – Dia Internacional do Enfermeiro – 12 de Maio de 2008. ISBN – Versão Portuguesa. 978-972-99646-7-1. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/publicações/.../kit_dia_2008.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Proposta do Conselho Diretivo após aprovação por unanimidade (com aclamação) em Assembleia de Colégio de Especialidade de enfermeiro de Reabilitação.....realizado no dia 30 de Setembro de 2011. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqcccreeabilitacao

Paulo(2010). *SNS: Caracterização e Desafios*. Artigo 09, GPEARI – MEAP. Acedido em www.gpeari.min-financas.pt/.../2010/...2010/artigos/artigo-9-sns- caracterizacao-e-desafios

Pereira, (2011). *Lesões Musculo-Esqueléticas: perspetivas da Saúde Ocupacional*. Universidade Católica, Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/.../Carmen%20Pereira%20-%20FMUC%20Mestrado%20Saude%20Ocupaciona%202011.pdf...>

- Pimentel,C., Lima,Ribeiroetal (2011).*Caracterização da Demanda em uma unidade de saúde da família*. Revista Brasileira Medicina familiar Comunidade, Florianópolis Julho/Setembro; 6-(20):175-81. Acedido em www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/95/364
- Pimentel, H., (2010). Avaliação da Satisfação dos utentes em relação ao Centro de Saúde do Serviço Regional da Saúde dos Açores. Universidade dos Açores. Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Ciências Económicas e Empresariais. Acedido em <https://repositorio.uac.pt/.../DissertMestradoHeliodoroJacintoFortesPimentel2011.pdf>
- Pinto, (2012).*Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico*. Intervir para Prevenir – Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Beja. Acedido em comun.rcaap.pt/.../Viver%20com%20HTA%20e%20Adesão%20ao%20Regime%20Terapêutic...
- Pinto, E.M.E.M. (2011). Independência Funcional e Regressa ao Domicílio: Variável Chave PARA A Enfermagem da Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em Repositorio.ipv.pt/.../PINTO%20Elsa%20Maria%20Esteves%20Monteiro%20Indepen
- Pires, (2008). *A Defesa do serviço Nacional de Saúde e o Movimento dos Utes*. Social Edição nº293, Março/Abril. Acedido em www.omilitante.pcp.pt/.../A-defesa-do-Serviço-Nacional-de-Saúde-e-o-Movimento-dos-Utes.htm
- Pires, R.P.T. (2012). Operacionalização de planos de Enfermagem de Reabilitação Integrando a Linguagem CIPE/SAM. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde deBragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/.../Rogério%20Paulo%20Taldas%20Pires%20%20Mestra%20do.pdf>

Pontinha, C. M.R., (2011). Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde.

Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1672>

Portugal, Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido em pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf

Portugal, Portal da Saúde.(2010).*História do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em www.portaldasauade.pt/.../a.../historia...sns/historiadosns.htm

Portugal, Ministério da Saúde. (2008).*Missão para os Cuidados de Saúde primários*. Agrupamento de Centros de Saúde – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Portugal, Ministério da Saúde. (2013).*DPS, Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*. 1ª Edição/Versão Detalhada/11 de Janeiro. Acedido em www.acss.minsaude.pt/.../R_DOC_BI_01_DETALHADO_2013_01_11.pdf pdf

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2011). CENSOS 2011. Acedido em www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/widgetCensosGet.jsp

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2012). Anuário Estatístico de Portugal 2012. Destaque à Comunicação Social. 07 de Fevereiro de 2014. Acedido em www.ine.pt/xportal/xmain?...INE...ine...Anuário+estatístico...

Prioste, A., Cruz, D., Narciso, I. (2010). Circularidade Relacional: Padrões de Funcionalidade Familiares Percebidos e o Ajustamento Psicológico em Adolescentes. *Psychológica*, 52-vol 1. Faculdade de Psicologia e de ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Acedido em <http://hdl.handle.net/10316.2/3459> acesso em 03/12/2014. 00:08:11. <https://digitalisdsp.uc.pt/.../25%20%20Circularidade%20Relacional%20Padrões%20de%20Funcionalidade%20Familiar%20Percebid>.

- Santos, A., Pavarini, S., Barham, E. (2011). Percepção de idosos Pobres com Alterações Cognitivas sobre Funcionalidade Familiar. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 20, nº1, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil – Red. de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – Sistema de Información Científica. Acedido em www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027282013
- Silva, M.R. (2012). *Enfermeiros Especialista em Reabilitação – Satisfação Profissional*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1674>
- Simões, A. (2012). *Bem Nascer, Melhor Crescer – Projeto de intervenção em Saúde Comunitária*. Instituto Politécnico de Beja. Acedido em <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/123456789/3972>
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses(2009). *Defender os Cuidados de Saúde primários como pilar fundamental do SNS*–Direção Regional de Lisboa do SEP, 1ª Ação de Campanha de Defesa do Serviço Nacional de Saúde, Lisboa 31 de Agosto. Acedido em www.sep.org.pt/~seporg/images/stories/sep/.../010909drl.pdf
- Sousa, E.S.A.S. (2011). *A Família – Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em Comum.rcaap.pt/bitstream/.../1775/.../MER_Tese_Salomé_2011.pdf
- Sousa, J. (2010). *Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Leiria*. Repositório Aberto do Instituto Superior Miguel Torga. Acedido em <http://dspace.imt.pt/xmlui/handle/123456789/261>
- Tomé, Silva& Lobo (2013). *Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação. Associação entre o Grau de satisfação e o acesso aos Cuidados de Saúde Primários*. Universidade deTrás os Montes e Alto Douro, Escola

Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, 1ª Edição Setembro de 2013. Acedido em www.eschaves.pt/.../Livro%20-%20Acessibilidade%20e%20Equidade%20nos%20Cuidados%20de%20Saú...

Torres, G., Reis, L., Reis, L., Fernandes, M., Alves, G., Sampaio, L., Mascarenhas, C. (2009). Funcionalidade Familiar de Idosos Dependentes Residentes em Domicílios. Avaliação Psicológica. Pepsic. Acedido em bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf.

Vieira (2009). *Recursos Humanos em Saúde* – Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acedido em www.epsjv.fiocruz.br/dicionário/verbetes/rechumsau.html

Anexos

Anexo 1

Instrumento de colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO CENTRO DE SAÚDE GUARDA INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

_____ / _____ / _____

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se proceder a uma caracterização socio demográfica, clínica e familiar do utente, bem como o seu grau de satisfação com o Centro de Saúde da Guarda.
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário escrever o seu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração.

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____ Anos

3. Residência:

Meio Rural Meio Urbano

4. Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a) Outro: _____

5. Formação Literária:

Não sabe ler e escrever

1º Ciclo Escolar (4ª Classe)

2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano)

3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano)

12º ano ou equivalente

Curso Médio

Curso Superior

Outro: _____

6. Rendimento Mensal do Agregado Familiar (mensal líquido):

- Até 250 euros
- De 250 a 500 euros
- De 500 a 1000 euros

7. Situação Profissional:

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Outro

8. Qual o meio de transporte que utilizou na deslocação ao Centro de Saúde?

- Nenhum / Fui a pé
- Automóvel próprio, de familiares ou amigos
- Táxi ou automóvel de aluguer
- Outro transporte público
- Bicicleta ou motorizada
- Ambulância ou bombeiros

9. Quanto tempo demorou na sua deslocação?

_____ horas _____ minutos

10. Ao todo, quanto tempo esteve no Centro de Saúde?

_____ horas _____ minutos

II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E CONTEXTUAL DA UTILIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

PENSE POR FAVOR NA SUA ÚLTIMA VISITA AO SEU CENTRO DE SAÚDE

11. Tem uma ou mais do que uma destas doenças há mais de 3 meses?

- Diabetes
- Asma ou doenças respiratórias crónicas
- Doenças do coração
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- Hipertensão arterial
- Problemas digestivos crónicos (ex: úlcera gastro-duodenal)
- Doenças osteo-articulares crónicas (ex: dos ossos, das articulações ou dos músculos)
- Enxaquecas ou dores de cabeça crónicas e fortes
- Doença psiquiátrica (ex: depressão)
- Doença maligna (ex: cancro)
- Outras doenças crónicas. Por favor indique qual. _____

12. Tem realizado programas de reabilitação?

Sim

Não

12.1. Se sim, onde o efetuou?

- Serviço de reabilitação do hospital da área de residência
- Serviço de fisioterapia do distrito
- Apoio de reabilitação no domicílio
- Outro _____

12.2. Na sua opinião os benefícios que o programa de reabilitação lhe tem trazido são:

- Poucos
- Moderados
- Muitos

13. Quem teve a iniciativa desta consulta?

- Fui ao Centro de Saúde por minha iniciativa
- Esta consulta foi previamente combinada com o meu médico
- Esta consulta foi previamente combinada com outro elemento do Centro de Saúde

14. Qual a razão principal desta consulta?

- Dores que não aliviam
- Consulta de rotina
- Adoeci de repente
- Tive um acidente
- Outra razão. Qual? _____

15. A consulta foi marcada com antecedência?

- Não
- Sim, foi apenas marcado o dia da consulta
- Sim, foi marcado o dia e a hora precisa da consulta

Se a consulta foi marcada...

16. Como a marcou?

- A consulta foi marcada por telefone
- Fui ao Centro de Saúde marcar
- Pedi a alguém para ir ao Centro de Saúde marcá-la
- A consulta ficou marcada desde a consulta anterior
- Fui convocado/a pelo Centro de Saúde ou pelo Enfermeiro/Médico de Família

17. Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso necessitasse?

- Sim
- Não

18. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou a consulta e o dia desta consulta?

- Tive consulta no mesmo dia
- Decorreram _____ dias

19. A sua consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito?

- Sim
- Não

20. A consulta foi realizada à hora marcada?

- Sim
 Não

Se não, quanto tempo de demora teve? ____ horas ____ minutos

III – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

PENSE POR FAVOR NA SUA ÚLTIMA VISITA AO SEU CENTRO DE SAÚDE

21. Agregado Familiar:

Número de membros _____

22. Sente que tem apoio familiar?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

ESCALA DE FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Nesta secção, pretendemos apenas conhecer a sua percepção sobre a funcionalidade da sua família. Por favor, para cada uma das questões, escolha a resposta, que melhor representa a sua experiência familiar.

1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

2. Está satisfeito como a sua família discute assuntos?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

4. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: amor, irritação, pesar)?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

Por favor pense agora no médico de família e no enfermeiro que normalmente o/a têm visto e no Centro de Saúde a que tem ido nos últimos 12 meses. Pedimos que nos dê a sua opinião sobre este médico de família, enfermeiro e Centro de Saúde nos últimos 12 meses.

Nas perguntas das páginas seguintes por favor marque (☒) no quadrado que mais se aproxima da sua opinião. Certifique-se que dá apenas uma resposta para cada pergunta. Se a pergunta não se aplicar ao seu caso, por favor coloque uma marca na coluna “Não aplicável/não relevante”.

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente	Não aplicável/ não relevante
1	Fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Interesse nos seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Forma como o médico o/a ouviu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Confidencialidade da informação sobre o seu processo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente	Não aplicável/ não relevante
7	Alívio rápido dos seus sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Atenção dispensada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Exame que o médico lhe fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups, e vacinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente	Não aplicável/ não relevante
12	Explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Conhecimentos sobre o que fez e disse em consultas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	A preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
19	Facilidade em marcar uma consulta que lhe sirva no Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Facilidade em falar pelo telefone com o médico de família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Tempo que esperou na sala de espera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Concordo muito	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito	Não aplicável/ não relevante
24	Recomendo fortemente este médico de família aos meus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o Enfermeiro do seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
26	Pertinência de existir uma consulta de Enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Tempo dispendido pelo enfermeiro durante a consulta/tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Interesse demonstrado pelos seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Confiança sentida no enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Forma como o enfermeiro o/a ouviu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Confidencialidade da informação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o Enfermeiro do seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
32	Preparação do enfermeiro na realização da consulta/tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Forma como o enfermeiro executou a consulta/tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Atenção dada pelo enfermeiro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Procedimentos realizados pelo enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ensinos/aconselhamento para promoção da saúde/prevenção da doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o Enfermeiro do seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
37	Explicação detalhada das técnicas e procedimentos realizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Ajuda a enfrentar problemas emocionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Compreensão da importância de seguir os conselhos do enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o Enfermeiro do seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
40	Conhecimento do enfermeiro sobre o seu estado de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Encaminhamento para outros profissionais (exemplo nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, entre outros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como avalia a qualidade deste Centro de Saúde em relação às seguintes áreas?		Má					Excelente					Não aplicável/ não relevante
42	Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Preocupação do pessoal do Centro de Saúde com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Competência, cortesia e carinho do pessoal médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Competência, cortesia e carinho do pessoal enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Rapidez com que foi atendido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Horário de atendimento do Médico de Família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Pontualidade do pessoal médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Pontualidade do pessoal de enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Pontualidade do pessoal de administrativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Conforto geral do Centro de Saúde (comodidade, temperatura, ambiente, ruído iluminação, instalações...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Limpeza do Centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Está satisfeito/a com a localização do seu Centro de Saúde ou Extensão de Saúde?

Sim. Não. Se não, por favor, diga o porquê.

57. Sentiu dificuldades no acesso ao Centro de Saúde?

Sim. Se sim, por favor, diga o porquê. Não.

58. MELHORAMENTOS INDISPENSÁVEIS: Por favor diga-nos quais os aspectos do seu Centro de Saúde que necessitam de ser melhorados.

59. SURPRESAS AGRADÁVEIS: Durante as suas visitas a este Centro teve alguma boa surpresa?

60. SURPRESAS DESAGRADÁVEIS: Durante as suas visitas a este Centro teve alguma má surpresa?

O preenchimento do questionário terminou.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

Anexo 2

Parecer da ULS da Guarda



Ex^{mo(a)}. Senhor(a)

Professor Doutor Carlos Pereira

Presidente da ESSV

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102

3500-843 VISEU

Sua referência
0879

Sua comunicação de
19-11-2013

Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados para Realização do "Estudo de satisfação dos Utentes do Centro Centro de Saúde da Guarda" - Cecilia Paiva Vila Flor Frutuoso

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao desenvolvimento do projecto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

Dr. Luis A. Gil Barreiros

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários
U.L.S. da Guarda, E.P.E.

(Dr. Luis Gil Barreiros)

LGB/IM



Anexo 3

Parecer da comissão de ética da ESSV



PARECER

Nº 33/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "SATISFAÇÃO DOS UTENTES NO CENTRO DE SAÚDE DA GUARDA"

Tendo a estudante Cecília Paiva Vila Flor Frutuoso, sob a orientação da Profª Doutora Rosa Martins solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e ainda que seja considerada a autorização do Ex.º Sr. Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da Guarda (Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE), a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

As investigadoras propõem-se realizar um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, correlacional e transversal, cujo objectivo principal consiste em avaliar o grau de satisfação dos utentes com o Centro de Saúde da Guarda.

Os participantes a incluir serão os utentes utilizadores do Centro de Saúde da Guarda, pertencente ao ACES da Guarda e que estejam inscritos num médico de família. A colheita de dados decorrerá previsivelmente entre os dias 15 de Dezembro e 30 de Janeiro de 2014 e será dirigida pela investigadora.

A participação dos inquiridos é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado sobre os objectivos e finalidade do estudo, e assegurada a anonimização e confidencialidade dos dados. Faz parte do questionário um impresso de consentimento informado por escrito.

A recolha de dados será feita por um questionário que inclui cinco partes: a primeira com questões de caracterização sociodemográfica; a segunda com questões referentes à caracterização clínica e contextual da utilização do Centro de Saúde; a terceira relativa à caracterização familiar; a quarta composta por várias escalas referentes à opinião sobre o médico, o enfermeiro e o Centro de Saúde; a quinta parte com três perguntas abertas referentes a sugestões, à descrição de surpresas agradáveis e surpresas desagradáveis.

Verificamos que os dados colhidos não são considerados sensíveis.

Verificamos que no questionário não há identificação nominal e resguarda a privacidade dos utentes. Recomendamos, contudo, o rigoroso cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na administração dos questionários e na elaboração da chave da codificação. Recomendamos ainda que a chave da codificação deve apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da mesma após a discussão do trabalho.

Os benefícios previstos com este estudo consistem em obter indicadores sobre a satisfação e qualidade dos cidadãos face aos cuidados de saúde. Neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que se revertam na melhoria dos cuidados de saúde prestados com implicações na melhoria da satisfação dos utentes. Recomendamos que as conclusões sejam divulgadas pelos meios mais adequados na instituição.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 25 de Novembro de 2013

Ernestina M. V. Sobco filue

A presidente da CE da ESSV

*1. ...
2. ...
26/11/2013*