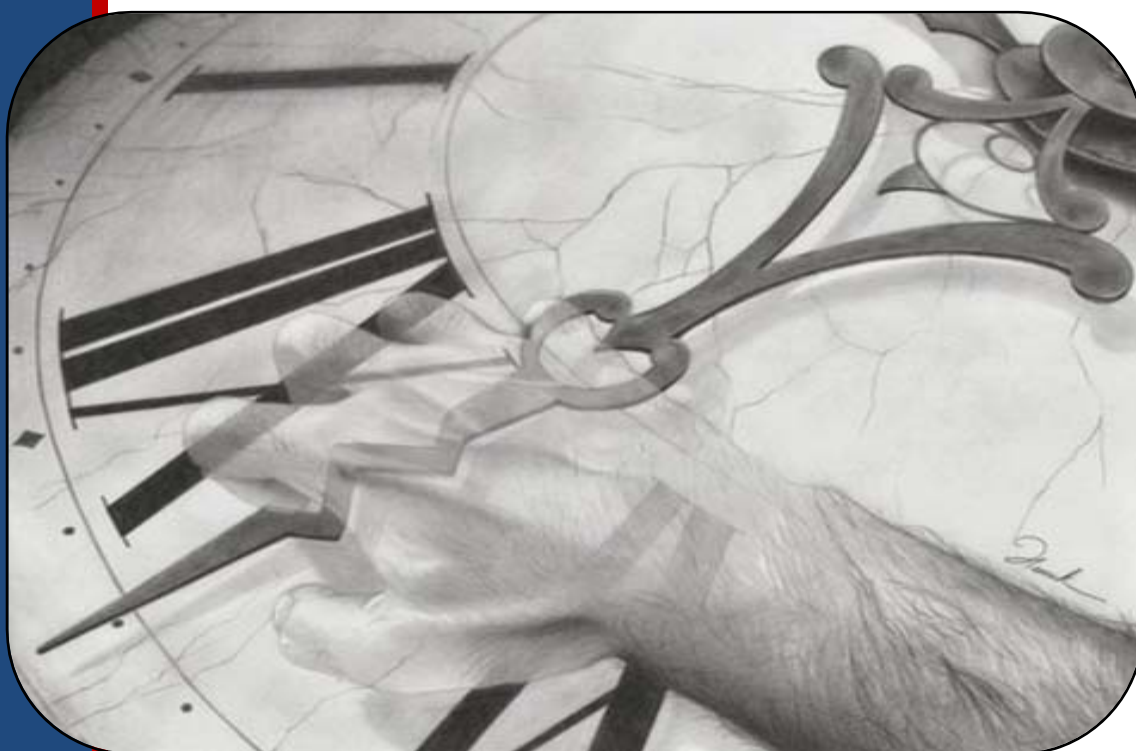




INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – HGSA

UNIDADE CURRICULAR
«DISSERTAÇÃO / PROJECTO / RELATÓRIO DE ESTÁGIO»

Descrição dos tempos de espera e sua relação com o grau de satisfação nos utentes da Unidade de Saúde de Aldoar



Dissertação realizada por:
José Manuel Mendes de Almeida
6º Ano - Medicina - 2008/09 – ICBAS/UP
E-mail: nespereira2@gmail.com

Orientadora:
Drª Maria Emília Penêda
Especialidade em Medicina Geral e Familiar

Porto, 19 de Junho de 2009

Descrição dos tempos de espera e sua relação com o grau de satisfação nos utentes da Unidade de Saúde de Aldoar

Almeida, J*

Resumo

INTRODUÇÃO: A qualidade de uma instituição depende dos cuidados prestados e das expectativas dos utentes. Uma fonte de insatisfação com os cuidados de saúde primários, frequentemente referida, é a quantidade de tempo passada na sala de espera, até ao atendimento médico.

OBJECTIVOS: O presente trabalho tem como objectivo descrever os tempos de espera e a sua relação com o grau de satisfação dos utentes na Unidade de Saúde de Aldoar.

METODOLOGIA: Foi aplicado um inquérito anónimo aos utentes do Centro de Saúde de Aldoar – Unidade de Saúde de Aldoar, com frequência de um dia por mês, entre os meses de Novembro de 2008 e Março de 2009.

RESULTADOS: Os utentes esperam em média 5,5 minutos pelo atendimento administrativo, 16 minutos pelo atendimento de enfermagem, 46 minutos pelo atendimento médico e 22,5 minutos pelo atendimento técnico superior. Em média, o médico inicia a consulta 15,3 minutos após a hora agendada, o enfermeiro 5 minutos e o técnico superior 9 minutos. O tempo de deslocação médio às instalações é cerca de 25 minutos. Os utentes que recorrem com pedidos indirectos permanecem cerca de 15 minutos nas instalações, enquanto os das consultas permanecem, em média, 58 minutos. Existe uma menor satisfação com os tempos de espera do que com a qualidade dos cuidados ou das instalações da US, embora o grau de satisfação global seja «Bom» a «Muito Bom». A satisfação com a qualidade dos cuidados prestados não é significativamente alterada pelos tempos de espera.

CONCLUSÕES: O tempo de espera para atendimento médico é significativamente maior ao dos outros profissionais. A maioria dos utentes tende a considerar as instalações (incluindo a acessibilidade), os tempos de espera e a qualidade de atendimento como «Bons» a «Muito Bons». Os tempos de espera não influenciam significativamente a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Tempo de espera; Satisfação; Acessibilidade; Cuidados de Saúde Primários; Aldoar

*Aluno do 6º Ano Profissionalizante de Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

E-mail: nespereira2@gmail.com

Introdução

A *Qualidade* de qualquer instituição depende da sua capacidade em mobilizar e gerir os recursos necessários à realização de serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas dos seus utentes.^{1,2}

Segundo a Organização Mundial dos Médicos de Família, «Assegurar Qualidade» é um processo de actividades planeadas e baseadas na revisão e melhoria da execução, com o objectivo da melhoria contínua dos «standards» de cuidados médicos (Figura 1).³

Esta definição inclui o conceito de «melhoria contínua», em vez de «inspecção».^{4,5} Para Ovretveit (1992)⁵, «processos e pessoas perfeitas fazem um serviço de *Qualidade*...havendo *Melhoria Contínua da Qualidade* quando se dá ao pessoal as aptidões e os métodos necessários para analisar os problemas e os processos de qualidade e o poder para fazer as alterações necessárias...».⁶

Na realidade, a qualidade em saúde requer o cumprimento de um determinado número de requisitos e interesses, o que implica a abordagem em três dimensões diferentes: a *Qualidade para o Cliente*, a *Qualidade Profissional* e a *Qualidade de Gestão*.^{2,3,4,5,6}

Enquanto a *Qualidade para o Cliente* consiste na medida em que o utente percebe o serviço como correspondente ou não às suas expectativas, a *Qualidade Profissional* consiste em prestar, ao utente, o serviço que o profissional julga necessário. Por outro lado, a *Qualidade de Gestão* refere-se ao uso eficiente e produtivo dos recursos, de modo a satisfazer os requisitos dos utentes, dentro dos limites das normas e directivas prescritas.³

A «satisfação», definida como uma atitude, emoção ou sentimento passível de ser verbalizado e medido através de uma opinião, tem sido amplamente considerada na avaliação dos cuidados de saúde prestados (*Qualidade para o Cliente*).^{2,3}

Uma fonte de insatisfação com os cuidados de saúde primários, frequentemente referida pelos utentes, é a quantidade de tempo passada na sala de espera, até ao atendimento médico.^{2,7,8}

A medição dos tempos de espera funciona assim, não só como indicador de *Qualidade de Gestão* de um Centro de Saúde (CS), mas também como variável que condiciona o grau de satisfação e, consequentemente, a *Qualidade para o Cliente*.^{9,10,11}



Figura 1: Ciclo para Assegurar Qualidade. Segundo Grol et al. (1993)⁴, este ciclo incorpora vários elementos, passos e actividades, funcionando de forma contínua.

Em 30 de Outubro de 2006 foram inauguradas as novas instalações do Centro de Saúde de Aldoar, Unidade de Saúde (US) de Aldoar, englobado na rede de CS da Administração Regional de Saúde do Norte, sendo periodicamente realizados inquéritos com vista à monitorização dos tempos de espera.

Neste sentido, o presente trabalho tem como principais objectivos:

1. Descrever os tempos de espera na US de Aldoar:
 - a. Tempo de deslocação à US e meio de transporte utilizado.
 - b. Diferença entre a hora de chegada à US e hora agendada de consulta.
 - c. Tempo até ao atendimento administrativo.
 - d. Tempo até ao atendimento profissional de saúde
 - e. Comparação entre a hora de atendimento profissional e hora agendada.
 - f. Tempo total de permanência na US.
2. Verificar o impacto dos tempos de espera na satisfação global dos utentes nessa mesma US:
 - a. Grau de satisfação com as condições físicas da US (incluindo conforto da sala de espera, condições e limpeza das instalações).
 - b. Grau de satisfação dos utentes com a quantidade de tempo que necessitam de esperar até serem atendidos.
 - c. Grau de satisfação global dos utentes com a qualidade do atendimento.

Materiais e Métodos

METODOLOGIA E AMOSTRAGEM

Foi aplicado um inquérito anónimo aos utentes da US de Aldoar, com frequência de um dia por mês, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008 e Janeiro, Fevereiro e Março de 2009. De referir que os inquéritos foram realizados em dias diferentes da semana, de forma a evitar um viés de selecção.

A população de utentes que frequenta o CS de Aldoar – Unidade de Saúde de Aldoar, constitui o universo ao qual este estudo se dirige.

Consideraram-se dois grupos de questões:

- Primeiro grupo de dados com vista à caracterização dos tempos de espera, de preenchimento pelos funcionários da US, com registo dos tempos, à medida que o utente se deslocava, desde a recepção, passando pelo atendimento administrativo, atendimento profissional de saúde (médico, enfermagem e técnico superior – nutrição e psicologia) e, por fim, saída da US.
- Segundo grupo de dados com vista à caracterização da amostra e dados com vista à determinação do grau de satisfação, grupo este preenchido pelo utente enquanto aguardava na sala de espera.

Compreende variáveis relativas à satisfação das condições físicas da US (acessibilidade, conforto e informação na sala de espera, quartos de banho, limpeza das instalações), tempo de espera (para atendimento administrativo, médico, enfermagem, técnico superior), qualidade do atendimento (administrativo, médico, enfermagem, técnico superior).

Recorreu-se a uma escala de 4 graus que varia entre «Muito Bom» (4), «Bom» (3), «Mau» (2) e «Muito Mau» (1).^{2,3,7,12,13}

O inquérito foi aplicado a todos os utentes que se deslocaram à US (Figura 2), sendo-lhes entregue pelo funcionário na recepção e cada secção preenchida conforme descrito anteriormente. À saída da US, os utentes entregaram o seu inquérito.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efectuada com o auxílio do programa estatístico SPSS v16.0 para Windows e do Microsoft Excel 2007.

Na avaliação da significância estatística entre os grupos foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e t-teste para amostras independentes, de acordo com as características das variáveis e a sua distribuição.¹⁴ Os valores de correlação de Pearson foram calculados para analisar a significância preditiva dos tempos de espera na satisfação dos utentes. Os resultados foram apresentados em tabelas de frequência e gráficos, na forma de média com intervalo de confiança, percentagem ou número absoluto. O Score final do grau de satisfação considera a média dos valores observados e varia entre 1 e 4 («Muito Mau» e «Muito Bom»).

Considerou-se um nível de significância estatístico de $p < 0,05$.¹⁴

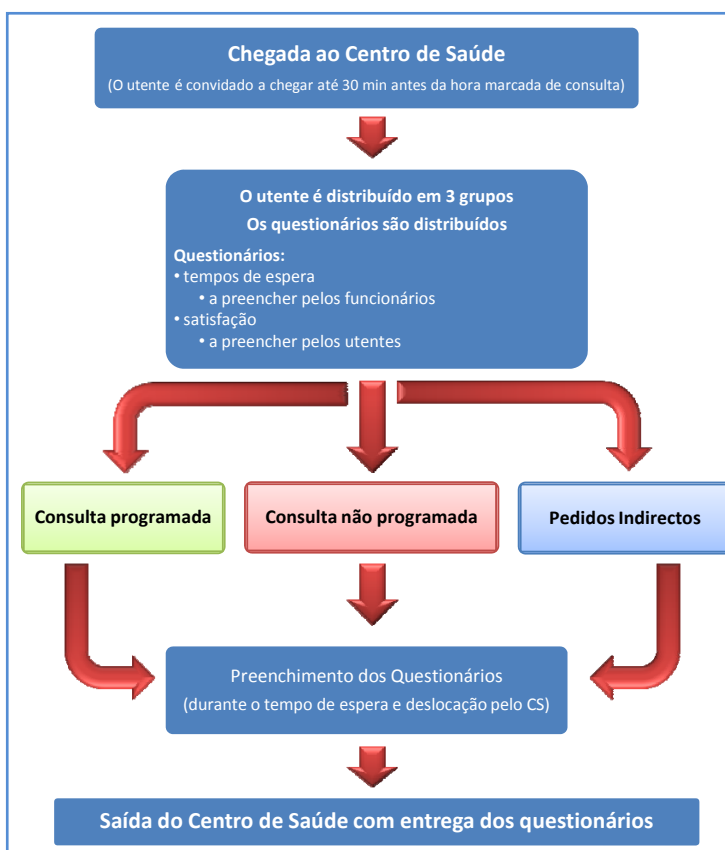


Figura 2: Diagrama esquemático de aplicação dos inquéritos.
Os pedidos indirectos incluem a renovação de medicação crónica, pedidos de relatórios, cartas de referência ou elaboração de orientações escritas, ou outros procedimentos que não necessitam da presença do utente.

Resultados

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram realizados um total de 1201 inquéritos de tempo de espera (Tabela I), com uma média de 240 inquéritos por mês. 35,1% dos utentes agendaram a sua consulta, enquanto 25,7% preferiram recorrer a consulta não programada. 39,2% dos utentes recorrem para a realização de pedidos indirectos.

A adesão ao inquérito de satisfação foi de apenas 29,5% (n=354).

Os utentes com consulta programada foram aqueles que mais inquéritos de satisfação preencheram, por outro lado, os utentes com pedidos indirectos foram aqueles que menos inquéritos preencheram.

A média de idade da população que preencheu o inquérito é de 45,5 anos, sendo que 14,5% (n=47) tem idade igual ou superior a 65 anos e 63,3% (n=219) é sexo feminino.

No que respeita à situação profissional, a maioria está empregada ou reformada. A nível académico, uma porção significativa da amostra não possui o 9º ano de escolaridade. A maioria dos utentes prefere deslocar-se a pé sendo que um grupo significativo usa o automóvel. As características sócio-demográficas estão descritas na Tabela II.

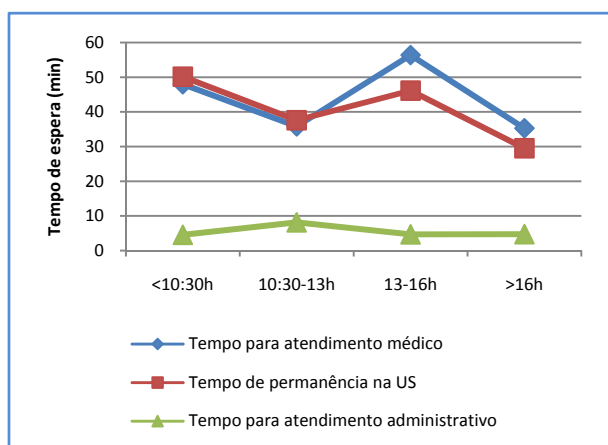


Figura 3: Variação dos tempos de espera ao longo do dia.
Apenas foram apresentadas as variáveis com significância estatística.

Tabela I: Percentagem de adesão ao questionário de satisfação em cada tipo de consulta

Tipo de Consulta	Adesão ao inquérito n (%)		Total
	Preencheu	Não Preencheu	
Programada	164 (38,9)	258 (61,1)	422 (100,0)
Não Programada	98 (31,7)	211 (68,3)	309 (100,0)
Pedido Indirecto	92 (19,6)	378 (80,4)	470 (100,0)
Total	354 (29,5)	847 (70,5)	1201 (100,0)

Tabela II: Caracterização social dos inquiridos e meio de transporte utilizado

Formação Escolar	n (%)	Situação Profissional	n (%)	Meio de transporte	n (%)
Sem escolaridade	10 (2,9)	Doméstica (o)	27 (8,1)	A pé	167 (47,6)
4º Ano	92 (26,7)	Estudante	22 (6,6)	Autocarro	59 (16,8)
6º Ano	51 (14,8)	Empregado	133 (39,8)	Automóvel	123 (35,0)
9º Ano	64 (18,6)	Desempregado	47 (14,1)	Táxi	2 (0,6)
12º Ano	59 (17,1)	Reformado	89 (26,6)	Outro	0 (0)
Ensino Superior	69 (20,0)	Outra	16 (4,8)		
Total n (%)	345 (100,0)		334 (100,0)		351 (100,0)

CARACTERIZAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA

Os tempos de espera estão detalhadamente descritos na Tabela III. Os utentes esperam em média 5,5 minutos pelo atendimento administrativo, 16 minutos pelo atendimento de enfermagem, 46 minutos pelo atendimento médico e 22,5 minutos pelo atendimento técnico superior. Desde o início do atendimento pela enfermagem, os utentes esperam em média mais 28 minutos pelo atendimento médico.

De uma forma geral, os utentes que se dirigem a uma consulta não programada esperam mais tempo do que os que se dirigem a uma consulta programada, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p>0,06$).

O tempo de permanência total na US ronda os 41 minutos, sendo os utentes do sexo feminino aqueles que mais tempo permanecem na US (♀ - 60,2min; ♂ - 47,8min; $p=0,011$). Os utentes com consulta permanecem, em média, 58 minutos.

Ao longo do dia, os utentes tendem a esperar mais tempo pelo atendimento médico ($p=0,008$) e a permanecer mais tempo na US ($p<0,001$) no início da manhã e no início da tarde. Por outro lado, a espera para o atendimento administrativo demora mais no 2º período da manhã ($p<0,001$) (Figura 3).

Tabela III: Tempos de espera na Unidade de Saúde de Aldoar por tipo de consulta realizada e adesão ao inquérito de satisfação

Tempos de Espera (minutos)	Resultados Globais			Tipo de Consulta						Adesão ao Inquérito de satisfação					
	Programada			Não Programada			Pedido Indirecto			Não Preencheu			Preencheu		
	Média	IC a 95% Mín - Máx	Mediana	Média	IC a 95% Mín - Máx		Média	IC a 95% Mín - Máx		Média	IC a 95% Mín - Máx		Média	IC a 95% Mín - Máx	p**
Tempos de Espera (minutos)															
Tempo de deslocação ao CS ¹	25,01	21,92 - 28,09	15,0	24,44	19,77 - 29,10	29,56	23,08 - 36,05	20,99	16,13 - 25,84	0,363			25,01	21,92 - 28,09	
Entrada no CS e Hora agendada ²	20,72	17,62 - 23,82	19,0	20,72	17,62 - 23,82								20,58	16,11 - 25,04	0,908
Entrada no CS e atendimento administrativo	5,46	5,01 - 5,90	4,0	4,05	3,27 - 4,82	4,71	3,97 - 5,44	7,18	6,44 - 7,92	<0,001			5,59	5,04 - 5,95	0,801
Atendimento administrativo e médico	46,14	41,42 - 50,85	35,0	41,99	37,43 - 46,55	51,93	42,60 - 61,27			0,06**			44,44	37,97 - 50,90	0,413
Atendimento administrativo e enfermagem	16,15	14,44 - 17,87	11,0	15,37	13,59 - 17,15	18,90	14,30 - 23,50			0,16**			14,57	12,74 - 16,40	0,009
Atendimento de enfermagem e médico	27,94	20,22 - 35,65	20,0	24,57	18,72 - 30,41	41,15	8,20 - 74,10			0,30**			32,76	19,61 - 45,91	0,259
Atendimento administrativo e técnico superior ³	22,56	7,63 - 37,48	15,0	21,25	4,25 - 38,25								17,0	-186,3 - 220,3	0,677
Hora agendada e atendimento médico ²	15,29	11,36 - 19,22	11,0	15,29	11,36 - 19,22								14,75	9,47 - 20,02	0,774
Hora agendada e atendimento de enfermagem ²	4,89	0,87 - 8,92	2,0	4,89	0,87 - 8,92								3,65	-1,72 - 9,01	0,405
Hora agendada e atendimento técnico superior ²	9,14	-8,29 - 26,57	5,0	9,14	-8,29 - 26,57								9,83	-11,7 - 31,40	
Tempo total de permanência no CS	41,12	38,60 - 43,63	25,0	56,78	52,89 - 60,66	59,87	53,47 - 66,27	14,87	13,26 - 16,47	<0,001			35,04	32,28 - 37,81	0,001

1- A variável tempo de deslocação apenas foi considerada nos inquéritos de auto-preenchimento;

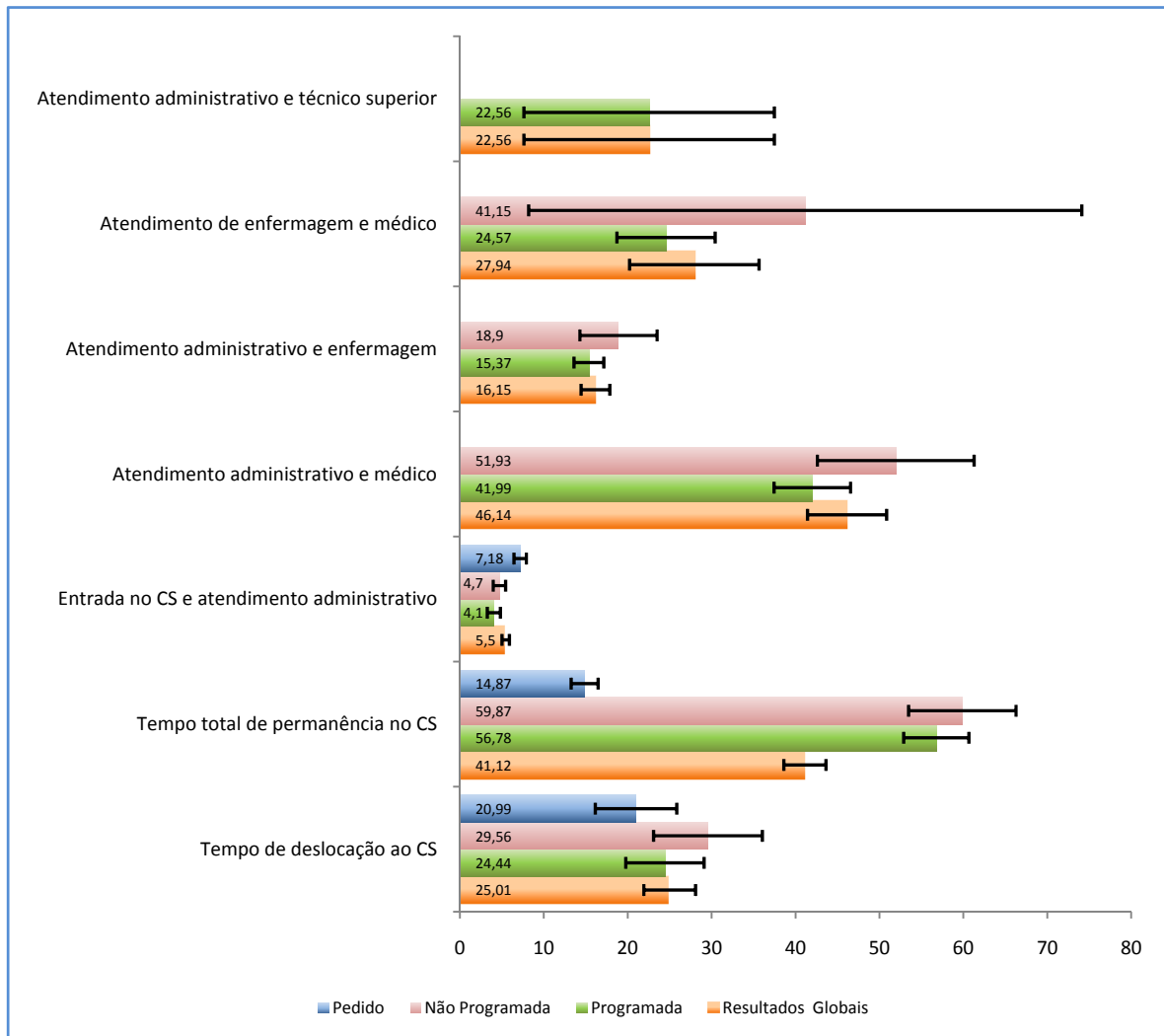
2- A variável «Hora agendada» apenas existe na Consulta Programada;

3- O atendimento técnico superior apenas é realizado mediante Consulta Programada;

* p – Teste de Kruskal Wallis;

** p – t-test para amostras independentes

NOTA: Os valores de prova com significância estatística estão a negrito.



**Figura 4: Tempos de espera (min) com IC a 95%, de acordo com o tipo de consulta.
O atendimento técnico superior apenas é realizado mediante consulta programada.**

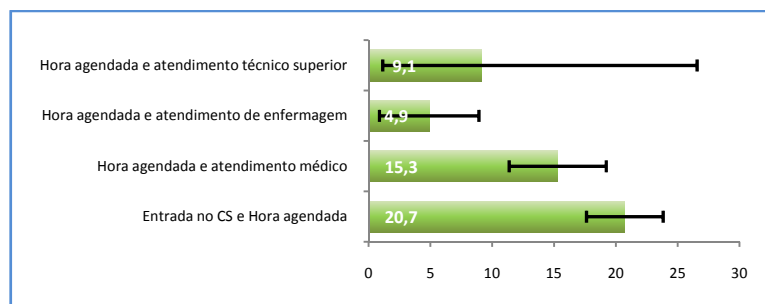


Figura 5: Pontualidade das consultas programadas na US de Aldoar (IC a 95%).

A grande percentagem de utentes que recorrem à US para fazerem pedidos indirectos justifica a maior demora para atendimento administrativo ($p<0,001$), esperando cerca de 7,2 minutos, contudo, são os que permanecem menos tempo na US ($p<0,001$) (Figura 4).

Em média, o médico inicia a consulta 15,3 minutos após a hora agendada, o enfermeiro 5 minutos e o técnico superior 9 minutos (Figura 5).

De referir que o utente demora em média cerca de 25 minutos para se deslocar à US. O autocarro é o meio de transporte que mais tempo demora ($p<0,001$) (Figura 6).

A pontualidade dos utentes (Tabela IV) é alterada pela sua formação escolar ($p=0,025$), situação profissional ($p=0,004$) e idade ($p=0,012$). Assim, os utentes com maior idade, menor formação escolar e que são reformados ou domésticos tendem a chegar à US com maior antecedência em relação à hora agendada de

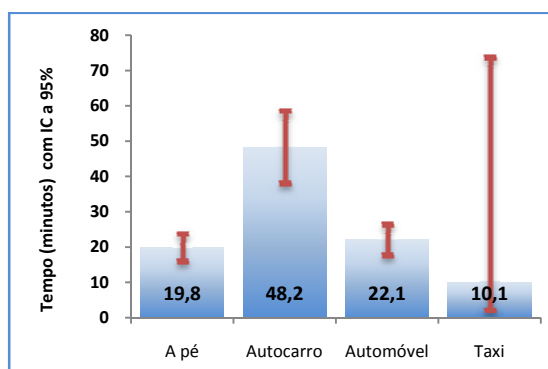


Figura 6: Tempo de deslocação por meio de transporte.

Tabela IV: Pontualidade dos utentes				
Formação Escolar Profissão e Idade	Entrada na US e hora agendada (min)			p*
	Média	IC a 95% Mínimo - Máximo	Mediana	
Sem Ensino Obrigatório	26,9	21,2 – 32,7	22,5	0,025
Ensino Primário	12,3	2,85 – 21,7	12,0	
Ensino Secundário	21,6	10,3 – 32,2	15,00	
Ensino Superior	16,7	8,1 – 25,3	12,5	
Doméstica	36,3	18,7 – 53,9	30,0	0,004
Estudante	11,0	-4,5 – 26,5	7,5	
Empregado	17,1	10,2 – 24,0	15,0	
Desempregado	13,4	5,26 – 21,5	11,0	
Reformado	28,6	21,7 – 35,4	25,0	
Outra	19,0	-0,6 – 38,6	21,0	0,012
<18 anos	11,0	-4,3 – 26,2	7,5	
18 – 45 anos	15,8	9,8 – 21,7	14,0	
45 – 65 anos	24,8	17,9 – 31,7	18,0	
>65 anos	31,8	19,6 – 43,9	25,0	

*p – Teste de Kruskal Wallis.

consulta (Figura 7). Consequentemente, este grupo de utentes tende a ter tempos de espera para atendimento médico mais elevados ($p=0,007$).

Com excepção do tempo para atendimento de enfermagem e o tempo total de permanência na US, não se encontraram diferenças significativas nos vários tempos de espera entre os utentes que preencheram o inquérito de satisfação e os que o não preencheram.

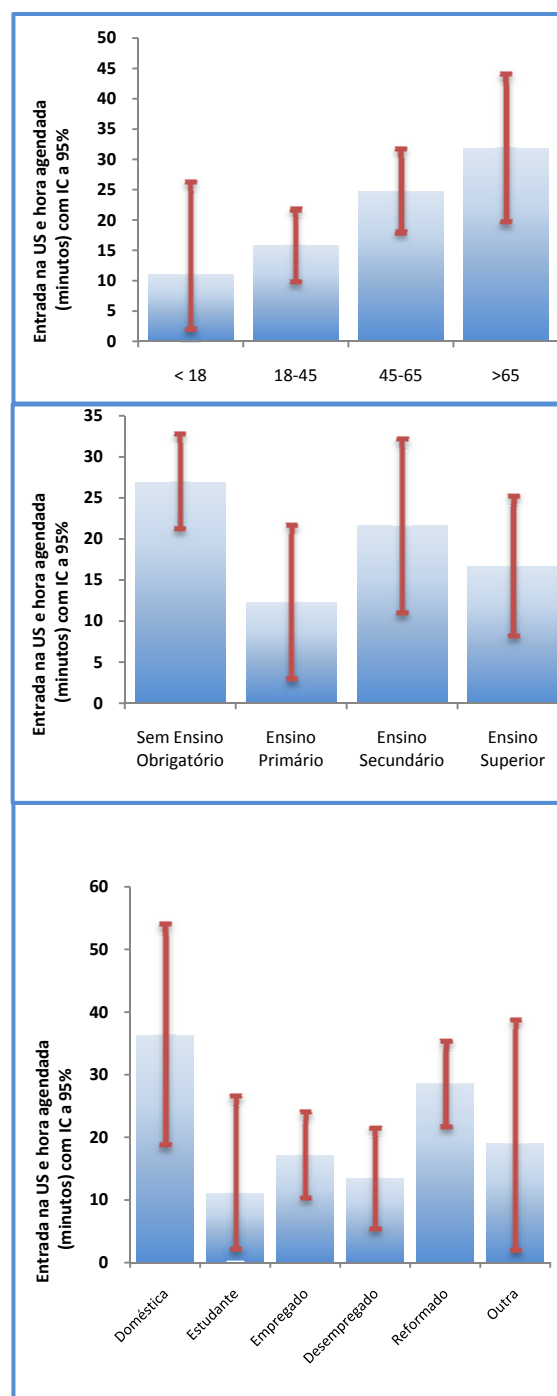


Figura 7: Pontualidade dos utentes, segundo a idade, formação escolar e profissão.

Tabela V: Grau de satisfação dos utentes da US de Aldoar

		Score final (1 a 4)*	
		Média	IC a 95% Mín - Máx
Condições físicas da US	Acesso/deslocação à US	3,09	3,01 - 3,18
	Conforto da sala de espera	3,06	2,99 - 3,14
	Informação na sala de espera	2,99	2,91 - 3,07
	Quartos de Banho	3,16	3,08 - 3,24
	Limpeza das instalações	3,16	3,08 - 3,25
	Global	3,10	3,06 - 3,14
Tempo de espera para atendimento	Administrativo	2,74	2,64 - 2,85
	Médico	2,85	2,73 - 2,97
	Enfermagem	2,93	2,82 - 3,04
	Técnico Superior	2,92	2,81 - 3,04
	Global	2,89	2,83 - 2,96
Qualidade do atendimento	Administrativo	3,06	2,97 - 3,14
	Médico	3,37	3,28 - 3,45
	Enfermagem	3,27	3,19 - 3,36
	Técnico Superior	3,13	3,05 - 3,22
	Global	3,22	3,17 - 3,27

*Score final varia entre Muito bom (4) a Muito Mau (1)

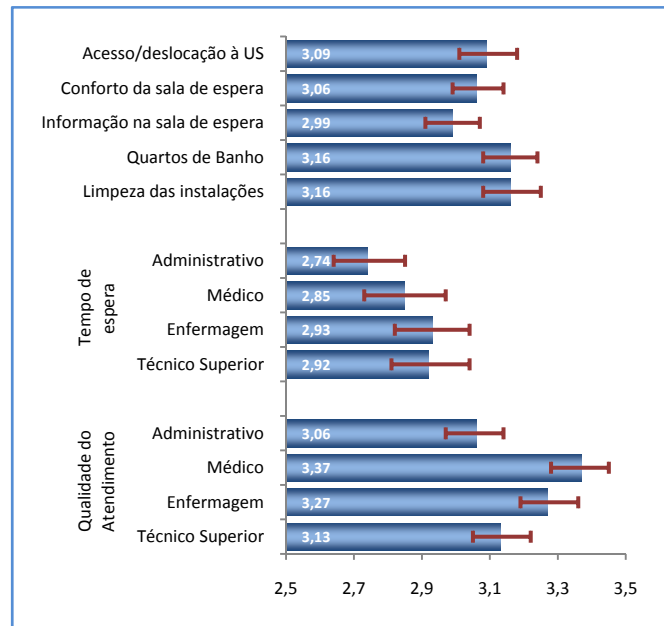


Figura 8: Scores médios do grau de satisfação dos utentes (IC a 95%).

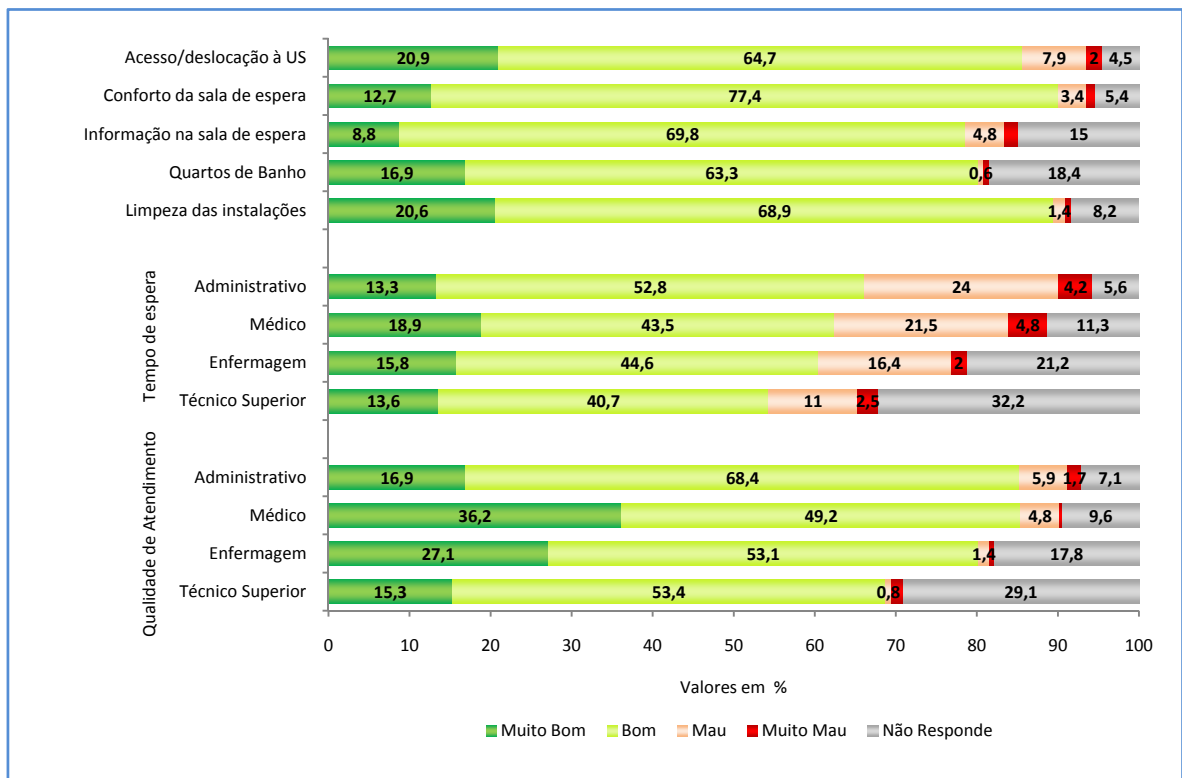


Figura 9: Grau de satisfação dos utentes na US de Aldoar.

CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

O score global do grau de satisfação dos utentes com as condições físicas da US foi de 3,1, de 2,9 para a satisfação com os tempos de espera e de 3,2 para a satisfação com a qualidade do atendimento (Tabela V).

A satisfação global com os tempos de espera, embora positiva, é significativamente menor do que a satisfação global com a qualidade do atendimento, ou com as condições físicas da US (Figura 8). De uma forma geral, a maioria dos utentes consideram «Boas» a «Muito Boas» as condições físicas da US, bem como a qualidade do atendimento (Figura 9).

Entre 29% a 32% dos utentes não respondeu ao grau de satisfação do atendimento técnico superior. Da mesma forma, 15% a 18% dos utentes não respondeu ao grau de satisfação com a informação na sala de espera e quartos de banho (Figura 9).

A Tabela VI apresenta detalhadamente os tempos de espera em cada grau de satisfação.

A satisfação com a acessibilidade da US diminui significativamente com o aumento do tempo de deslocação ($p=0,022$) (Figura 10).

Os utentes que permanecem mais tempo na US tendem a considerar melhores as condições físicas, contudo, apenas a limpeza das instalações possui uma associação com significância estatística (Figura 11).

Os utentes que aguardam mais tempo para serem atendidos estão em média menos satisfeitos com o tempo de espera, sendo esta associação estatisticamente significativa para o tempo de espera pela enfer-

magem ($p<0,001$). Quem considera os tempos de espera para atendimento médico como «Bons», passa significativamente menos tempo na sala de espera ($p=0,034$) do que os restantes utentes (Tabela VI).

A satisfação com a qualidade do atendimento administrativo tem tendência a diminuir com o aumento do tempo de espera, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas (Figura 12).

Os utentes mais satisfeitos com a qualidade do atendimento médico são aqueles que esperam mais tempo, pese embora estas diferenças não serem significativas.

Os utentes que consideram «Boa» a qualidade do atendimento de enfermagem esperam, em média, mais 9 minutos pelo atendimento do que os que consideram «Muito Boa» ($p=0,017$).

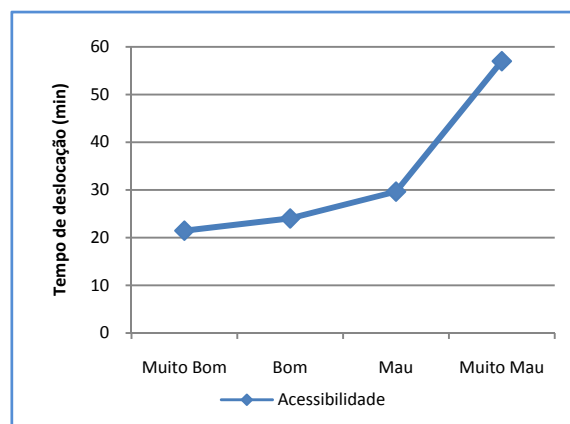


Figura 10: Evolução do tempo de deslocação com o grau de satisfação da acessibilidade na US Aldoar.

Tabela VI: Tempo de espera por cada grau de satisfação

Grau de Satisfação		Tempo de espera (min)								p*	Pearson Correlation
		Muito Bom		Bom		Mau		Muito Mau			
		Média	IC a 95% Mín - Máx	Média	IC a 95% Mín - Máx	Média	IC a 95% Mín - Máx	Média	IC a 95% Mín - Máx		
Condições físicas	Acessibilidade ¹	21,45	16,13 – 26,78	24,02	20,14 – 27,9	29,64	16,96 – 42,31	57,0	9,54 – 104,5	0,022	-0,141[£]
	Conforto ²	67,34	47,30 – 87,38	54,81	49,29 – 60,32	53,67	20,24 – 87,09	42,5	-6,29 – 91,29	0,787	0,084
	Informação ²	57,55	42,25 – 72,85	58,49	51,9 – 65,09	63,31	39,1 – 87,52	27,0	5,54 – 48,46	0,309	0,037
	Quartos de Banho ²	66,07	49,68 – 82,45	56,26	49,91 – 62,60	72,0	-626,8 – 770,8	21,33	-6,92 – 49,58	0,444	0,097
	Limpeza instalações ²	67,24	52,42 – 82,05	53,88	48,14 - 59,63	34,0	10,75 – 57,25	21,33	-6,92 – 49,58	0,309	0,143^{££}
Tempo de espera	Administrativo ³	6,04	3,20 -8,88	4,50	3,10 - 5,90	6,09	4,57 - 7,61	8,71	2,68 - 14,75	0,735	-0,06
	Médico ⁴	58,28	37,60 - 78,96	38,25	32,0 - 44,49	61,39	43,63 - 79,15	54,5	-14,3 - 123,3	0,034	-0,023
	Enfermagem ⁵	11,73	6,18 - 17,28	15,61	13,16 - 18,06	34,10	22,91 - 45,29	37,0	-90,0 - 164	<0,001	-0,52^{£££}
Qualidade	Administrativo ³	4,02	1,68 - 6,36	5,65	4,45 - 6,84	10,15	2,89 - 17,41	3,67	1,12 - 6,21	0,916	-0,96
	Médico ⁴	49,31	36,90 - 61,73	46,61	37,72 - 55,51	42,8	6,93 - 78,7			0,982	0,042
	Enfermagem ⁵	13,86	9,77 - 17,96	22,85	17,11 - 28,60	7,00	-56,53 - 70,53			0,017	-0,207

1—tempo de deslocação; 2—tempo de total de permanência na US; 3—tempo para atendimento administrativo; 4—tempo para atendimento médico; 5—tempo para atendimento de enfermagem;

* p – Teste de Kruskal Wallis; ** Pearson correlation - usado em estimação bivariada

£ - $p=0,018$; ££- $p=0,011$; £££- $p<0,001$

NOTA: Os valores de prova com significância estatística estão a negrito.

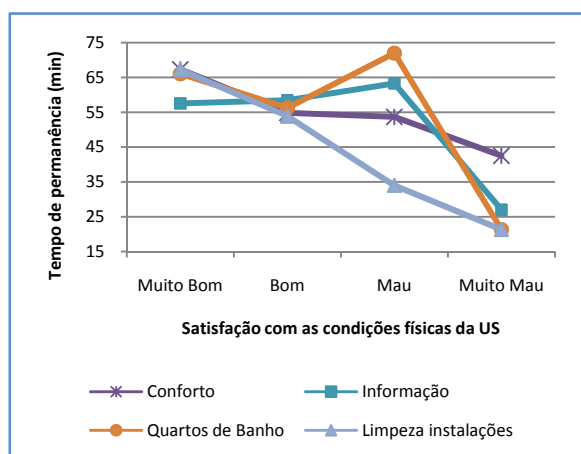


Figura 11: Evolução do tempo de permanência com o grau de satisfação das condições físicas da US Aldoar.

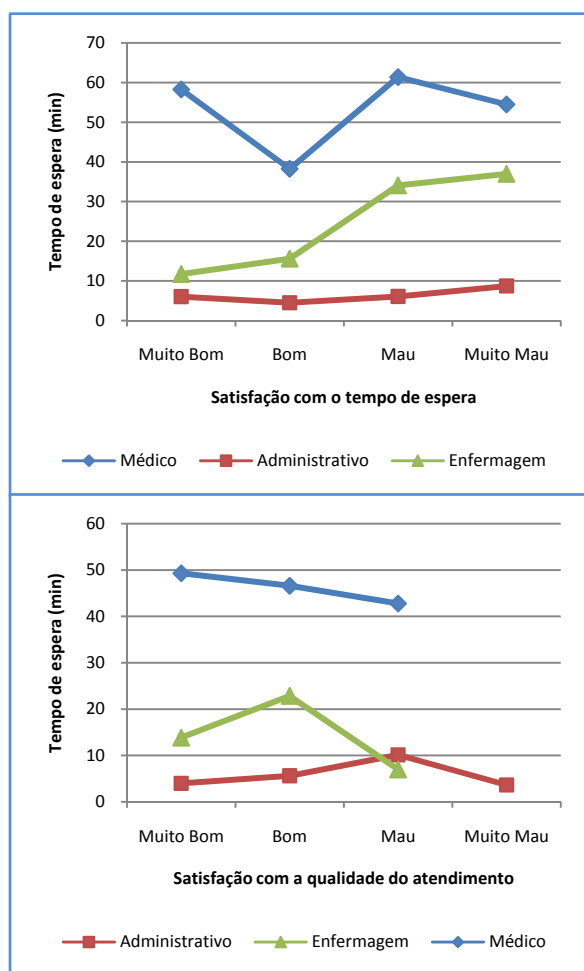


Figura 12: Evolução do tempo de espera com o grau de satisfação dos utentes com os tempos de espera (em cima) e com a qualidade do atendimento (em baixo).

Discussão

Os principais objectivos deste trabalho eram a descrição dos tempos de espera, bem como a sua relação com o grau de satisfação dos utentes, na perspectiva do controlo de *Qualidade de Gestão* e sua influência na *Qualidade para o Cliente*. Os resultados obtidos permitiram atingir estes 2 objectivos.

O tempo de espera para o atendimento médico foi geralmente superior àquele publicado na literatura, em que a maioria dos utentes espera menos de 30 minutos para serem atendidos.^{9,15,16} Note-se que o tempo de espera para o atendimento médico programado depende principalmente da pontualidade do utente (que nesta Unidade de Saúde é convidado a chegar até 30 minutos antes da hora agendada) e da pontualidade do profissional de saúde. Assim, dos 42 minutos médios que os utentes esperam para serem vistos por um médico, 20 minutos correspondem à chegada atempada dos utentes e apenas 15 minutos correspondem à diferença entre a hora agendada de consulta e o início do atendimento. Os utentes com maior idade, menor formação escolar e que são reformados ou domésticos tendem a chegar com maior antecedência em relação à hora agendada de consulta, tendo, por este motivo maiores tempos de espera. Vários factores poderão explicar tal facto. Se por um lado existe um maior tempo livre e disponibilidade nestes utentes, por outro, é possível que a US funcione, não só como local de prestação de cuidados de saúde, mas também como ponto de encontro da população.

É importante referir que determinados grupos de utentes, como os inscritos nos programas de diabetes, saúde infantil e saúde materna, são vistos inicialmente pela enfermagem e só posteriormente pela medicina. Assim, a pontualidade e a duração da visita de enfermagem são variáveis que condicionam os resultados obtidos.

Outros aspectos de salientar incluem o facto de existir uma percentagem elevada de utentes que recorrem à US para consultas não programadas (25,7%), quase tantos quantos os que recorrem por agendamento (35,1%). O maior fluxo de utentes no início da manhã e da tarde ou uma maior sobreposição dos horários médicos poderá igualmente explicar a variação dos tempos de espera ao longo do dia.

De uma forma geral, os utentes que recorrem às consultas permanecem, nesta US, cerca de 1 hora, sendo que os que recorrem para pedidos indirectos permanecem significativamente menos tempo: apenas 15 minutos, sendo metade passado à espera, tempos estes semelhantes ao reportado pela literatura.¹⁷

Todos estes factores contribuem para que o utente passe mais tempo na sala de espera. Será importante, neste campo, uma maior sensibilização junto dos utentes, bem como, junto dos profissionais de saúde, para que se incentive o recurso ao agendamento da consulta, em detrimento do uso da consulta não programada.

A nível administrativo, poder-se-á formar um horário específico para o atendimento de pedidos indirectos, já que estes representam 39,2% dos utentes. A distribuição mais uniforme dos utentes ao longo do dia, evitando as horas de maior espera, revela-se numa medida acessível a todos os funcionários para que se controle o fluxo de pessoas.

A combinação destas medidas com uma reestruturação dos horários dos profissionais de saúde ao longo do dia permitirá, facilmente, uma distribuição equitativa, tanto dos recursos humanos, como dos recursos materiais (por exemplo, adequação das salas de espera, disponibilidade de gabinetes de atendimento médico ou de enfermagem), evitando-se os períodos de maior congestão.

Mesmo assim, existem utentes sem médico de família e utentes cujo motivo de consulta nem sempre permite um agendamento eficaz. Para estes casos, a ampliação da consulta de recurso, ou então um horário especial de atendimento em cada área de prestação de cuidados (por exemplo uma hora livre de consultas agendadas que privilegie o final da manhã e da tarde) poderá resultar numa diminuição do tempo de espera.

Tendo em conta que 26,6% dos inquiridos são reformados (14,5% dos inquiridos têm mais de 65 anos), que este grupo é sede frequente de patologia multiorgânica, e que tendem a chegar à US com maior antecedência em relação à hora agendada de consulta, sugere-se a criação de um Programa de Geriatria.¹⁸ A atribuição de um horário específico de atendimento e a coordenação multidisciplinar deste programa com a consulta e a visita domiciliária, pode revelar-se numa alternativa para que estes utentes tenham menores tempos de espera.

Tais estratégias que, embora simples, nem sempre são fáceis de implementar, permitem uma melhor

gestão dos recursos disponíveis, traduzindo-se num aumento da qualidade dos serviços prestados.

A nível prático, uma maior tempo passado na sala de espera implica a adequação das condições físicas às necessidades dos utentes, tais como o número de cadeiras, conforto, controlo da temperatura e humidade, bem como da informação disponível.

De facto, a permanência na sala de espera revela-se numa oportunidade de *Educação para a saúde* e de *Prevenção da doença*, aspectos estes tão inerentes à actividade dos cuidados de saúde primários.^{19,20}

Desta forma, e tendo em conta que a esmagadora maioria dos utentes consideram as instalações «Boas» a «Muito Boas», o investimento neste tipo de campanhas, pode encontrar, nesta US, um local de particular interesse.

Em relação ao tempo de deslocação, a média de 25 minutos está dentro da literatura consultada. Probst et al. (2007)²¹ refere tempos médios de 20,7 minutos para áreas urbanas e 27,2 minutos para áreas rurais. Nesta série, apenas a população que usa o autocarro está acima do limite recomendado de 30 minutos.^{22,23} Os resultados deste trabalho apontam para que o tempo de deslocação influencie significativamente o grau de satisfação com a acessibilidade. Assim, e tendo em conta que 47,6% dos utentes se deslocam a pé, torna-se prioritária uma melhor adequação das linhas dos autocarros, com percursos e paragens mais próximas das instalações da US.

A descrição dos vários tempos de espera foi bem sucedida, sendo a metodologia aplicada a mais correcta. Um possível viés de informação corresponde ao facto dos relógios dos funcionários na US poderem estar desfasados uns dos outros. Esta situação foi sendo prevenida ao longo da realização do estudo, não se considerando essas possíveis diferenças relevantes.

Por seu lado, a adesão ao inquérito de satisfação foi globalmente baixa (apenas 29,5% preencheu), sendo que a baixa escolaridade da população e o elevado número de utentes com baixo tempo de permanência na US ajudam a explicar este facto.

A utilização de um questionário de auto-preenchimento pode introduzir um viés de selecção na avaliação dos resultados relativos à satisfação, particularmente na satisfação com o tempo de espera para enfermagem, já que estes tempos diferem significativamente entre os que preencheram e os que não preencheram o inquérito. A realização de novo estudo

com questionário validado e de preenchimento por entrevista poderá ser uma solução para este problema.

Por outro lado, um maior tempo de espera é uma fonte frequente de insatisfação por parte dos utentes, sendo que neste estudo tal se revelou por um grau de satisfação com os tempos de espera globalmente menor (embora francamente positivo), principalmente com o tempo de espera para atendimento administrativo.^{2,7,8} Ainda assim, o aumento dos tempos de espera apenas diminui significativamente a satisfação com o tempo de espera para enfermagem e para o atendimento médico.

Becker et al. (2008)²⁴ afirma que salas de espera mais atractivas condicionam maiores níveis de qualidade, satisfação, interacção dos funcionários e redução da ansiedade. Os utentes tendiam a sobrestimar menores tempos de espera e a subestimar maiores tempos de espera. Assim, a satisfação com o tempo de espera depende de outros factores como o conforto das instalações, a informação na sala de espera, a percepção de tempo do utente, bem como a pontualidade dos prestadores de cuidados, motivos estes que explicam o facto de a maioria dos utentes, ainda assim, considerar os tempos de espera «Bons» a «Muito Bons».

As dificuldades de comunicação durante a consulta são uma das formas em que os tempos de espera se manifestam, podendo condicionar negativamente a qualidade dos serviços prestados.¹⁰ Por exemplo, Camacho et al. (2006)⁷ conclui que elevados tempos de espera, coincidentes com tempos de consulta mais baixos, diminuem significativamente a satisfação dos utentes. Tal não se verificou neste estudo, em que maiores tempos de espera não interferiram significativamente na satisfação dos utentes com a qualidade do atendimento recebido.

Vários são os motivos explicativos deste facto. Os estudos pesquisados apontam para que a satisfação com a qualidade seja multifactorial, englobando aspectos inerentes aos utentes, para além do tempo passado na sala de espera, tais como as expectativas, género, idade, formação escolar, profissão, número de vezes que se recorre ao centro de saúde, e aspectos inerentes à consulta e profissional de saúde, tais como o tempo de duração da consulta, empatia e género do profissional, qualidade da relação médico-doente, continuidade de cuidados, qualidade técnica, informação prestada e atenção aos problemas psicossociais, entre outros.^{2,7,15,25,26} Anderson et al. (2007)⁹ conclui mesmo que o tempo passado com o médico influencia

mais a satisfação do utente do que o tempo passado na sala de espera. Tais factores, cuja pesquisa exaustiva não faz parte dos objectivos deste trabalho, podem ser responsáveis pelas diferenças encontradas.

Conclusões

Apesar de várias limitações, este estudo proporciona um avanço no conhecimento do tempo que os utentes passam na sala de espera, particularmente na US de Aldoar. Apresenta uma área de controlo na *Qualidade de Gestão*, contribuindo para analisar uma das queixas mais frequentemente referidas pelos utentes.

Deste trabalho resulta que o tempo de espera para atendimento médico é significativamente maior ao dos restantes profissionais; a maioria dos utentes tende a considerar as condições físicas da US, os tempos de espera e a qualidade de atendimento como «Bons» a «Muito Bons», embora a satisfação com os tempos de espera seja globalmente inferior; os tempos de espera não influenciam significativamente a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Contudo, algumas medidas poderão diminuir os tempos de espera, contribuindo para uma melhor gestão dos recursos e, consequentemente, uma melhor qualidade de atendimento:

- Sensibilização junto dos utentes e profissionais de saúde para o uso do agendamento de consulta, privilegiando uma distribuição uniforme dos utentes pelos horários disponíveis.
- Criação de horário específico para atendimento não programado, por exemplo, é sugerida uma hora no final do período da manhã ou da tarde livre de agendamento, conforme o horário que cada profissional de saúde tenha.
- Reestruturação dos horários de atendimento dos profissionais de saúde, evitando períodos de maior fluxo de utentes.
- Criação de um horário específico para atendimento de pedidos indirectos.
- Criação de um Programa de Geriatria com horário próprio para atendimento.
- Coordenação com a Sociedade de Transportes Colectivos do Porto (STCP) com vista à adequação das linhas dos autocarros, com percursos e paragens mais próximas das instalações da US.
- Aproveitamento do tempo passado na sala de espera para campanhas de *Educação para a saúde* e de *Prevenção da doença*.

Bibliografia

1. Vicente S. (2007) Avaliação do grau de satisfação dos utentes do centro de atendimento a toxicodependentes de Castelo Branco. *Toxicodependências* 13 (3):53-60.
2. Hespanhol A, Vieira A, Pereira AC. (2008) Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Rev Port Clin Geral* 24:363-72.
3. Marwick J, Grol R, Borgiel A. (1992) A framework for quality assurance. Australia: WONCA.
4. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. (1993) Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Utrecht: NHG.
5. Ovretveit J. (1992) Health service quality. An introduction to quality methods for health services. London: Blackwell Science.
6. Hespenhol A. (2004) Assegurar a Qualidade em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 20:264-8.
7. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffman P. (2006) The Relationship Between Patient's Perceived Waiting Time and Office-Based Practice Satisfaction. *NC Med J* 67 (6): 409-13.
8. Dansky KH, Miles J. (1997) Patient satisfaction with ambulatory health care services: waiting time and filling time. *Hosp Health Serv Adm* 42 (2): 165-77.
9. Anderson AT, Camacho FT, Balkrishnan R. (2007) Willing to wait?: The influence of patient time on satisfaction with primary care. *BMC Health Research* 7:31.
10. Westman G, Andersosn SO, Ferry S, Fredrikson P. (1987) Waiting room time in the assessment of an appointment system in primary care. *Scand J Prim Health Care* 5 (1): 35-40.
11. Eilers GM. (2004) Improving patient satisfaction with waiting time. *J Am Coll Health*. 53 (1):41-3.
12. White B. (1999) Measuring patient satisfaction: how to do it and why to bother. *Fam Pract Manag* 6:40-4.
13. Esch BM, Marian F, Busato A, Heusser P. (2008) Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care. *Health Qual Life Outcomes* 6: 74.
14. Griffith A. (2007) SPSS for dummies. 1ª Edição, Indianapolis: Wiley Publishing Inc.
15. Kong MC, Camacho FT, Feldman SR, Anderson RT, et al. (2007) Correlates of patient satisfaction with physician visit: Differences between elderly and non-elderly survey respondents. *Health Qual Life Outcomes* 5: 62.
16. Reti S. (1994) Patient waiting times. *New Zealand Med J* 107: 104-6.
17. Mackey TA, Cole FL. (1997) Patient waiting times in a nurse managed clinic. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. Vol 1 Nº 1.
18. Fauci A, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. (2008) *Harrison Medicina Interna*, pp53-66. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill.
19. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. (2009) Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I). *Rev Port Clin Geral* 25:236-41.
20. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. (2009) Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). *Rev Port Clin Geral* 25:242-52.
21. Probst JC, Laditka SB, Wang J, Johnson A. (2007) Effects of residence and race on burden of travel for care: cross-sectional analysis of the 2001 US National Household Travel Survey. *Health Services Research* 7:40.
22. Entidade Reguladora da Saúde. (2009) Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Disponível em: URL:<http://www.ers.pt/actividades/estudos> [acedido em 14/05/2009].
23. Itzhak J. (1991) Geographic Distribution of Physician Manpower: the GMENAC Legacy. *The Journal of Rural Health* 7: 427-436.
24. Becker F, Douglass S. (2008) The ecology of the patient visit: physical attractiveness, waiting times, and perceived quality of care. *J Ambul Care Manage*. 31(2):128-41.
25. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA (1993) The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 25 (1): 17-20.
26. Feddock CA, Hoellein AR, Griffith CH 3rd, Wilson JF, Bowerman JL, Becker NS, Caudill TS.(2005) Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Eval Health Prof*. 2005 Mar;28(1):40-52.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à orientadora desta tese, a Dr^a Emília Penêda, por todo o interesse, empenho, disponibilidade e paciência demonstrados. Gostaria igualmente de agradecer à Direcção do Centro de Saúde de Aldoar, na pessoa da Dr^a Maria dos Anjos, pela permissão da realização deste trabalho nas instalações da Unidade de Saúde de Aldoar.

O aluno,
