Dissertação reformulada

ALBERTO AUGUSTO OLIVEIRA PINTO HESPANHOL

Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João

Porto

2003

Dissertação de candidatura ao

grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

(II Mestrado)

Á ISABEL

Ao RICARDO

Á JOANA

Ao Professor
Doutor Alexandre Sousa Pinto

ÍNDICE GERAL

- PREFÁCIO 9

- INTRODUÇÃO.....11

Objectivos.....16

- EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DA SUA APLICAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....20

Evolução dos conceitos e dos métodos de Qualidade.....20

Assegurar Qualidade.....29

Qualidade e Ética.....38

Política de Qualidade em Saúde.....43

Mecanismos de audição e de participação dos utentes.....54

Satisfação dos utentes: conceito e dimensões.....60

Inquéritos sobre os Serviços de Saúde Portugueses.....76

Investigação sobre a satisfação dos utentes.....84

- METODOLOGIA.....92

Tipo de estudo.....92

População em estudo.....92

Desenho do Questionário.....93

Inquérito de entrega pessoal.....96

Métodos de Análise estatística.....97

- RESULTADOS.....100

Caracterização da amostra 100

Locais preferenciais na procura de cuidados de saúde.....100

Motivações relatadas na procura de cuidados de saúde.....103

Satisfação dos utentes.....106

- **DISCUSSÃO**.....**116**

MÉTODOS.....116

Desenho do questionário.....**116**

Aplicação do questionário.....**118**

População em estudo.....**124**

Taxa de resposta.....**125**

RESULTADOS.....127

Representatividade das amostras.....**127**

Dados pessoais.....**129**

Locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde.....**130**

Satisfação dos utentes.....**131**

- **CONCLUSÕES**.....**132**

- **RESUMO, SUMMARY**.....**135**

- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**.....**137**

- **ANEXO 1**-Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, promulgada pela Lei 1/92

- **ANEXO 2-** Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes

- **ANEXO 3**-Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril, da Presidência do Conselho de Ministros, Capítulo V, sobre "Mecanismos de audição e participação", artigos 36 e 38

- **ANEXO 4**- Questionário de Satisfação dos utentes a nível do Centro de Saúde São João

ÍNDICE DAS TABELAS E GRÁFICO

- **Tabela 1** - Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com o sexo e a idade.....**101**
- **Tabela 2** – Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com a situação profissional.....**102**
- **Tabela 3** - Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com assiduidade ao C.S. **104**
- **Tabela 4** - Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com formação escolar.....**105**
- **Tabela 5**- Satisfação dos utentes com o Centro Saúde *(respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância Total e a Concordância Total com uma série de afirmações)*.....**107**
- **Tabela 6**- Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. *(respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância Total e a Concordância Total com uma série de afirmações)* e as preferências e motivações na procura dos cuidados de saúde.....**110**
- **Tabela 7** - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) o sexo e a idade.....**111**
- **Tabela 8** - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a situação perante o emprego.....**112**
- **Tabela 9** - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a frequência com que recorre a este C.S.....**114**
- **Tabela 10** - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a formação escolar.....**115**

- **Tabela 11**- Alguns aspectos dos métodos de estudos sobre satisfação dos utentes em Cuidados de Saúde Primários, por ordem crescente do ano de publicação do estudo.....**121**

- **Tabela 12** - Número de utentes do Centro Saúde São João, em relação ao sexo e à idade (%).....**128**

- **Gráfico**.....**108**

PREFÁCIO

Após a realização do Internato Geral, do Serviço Médico à Periferia e do Serviço Militar Obrigatório optei pela Carreira Médica de Clínica Geral a nível do Centro de Saúde de Espinho onde, desde 1983 até 1999, exerci a minha actividade de Médico de Família e diversas funções de coordenação, nas áreas organizativa ou técnica, que foram desde Coordenador de várias Unidades de Saúde, Coordenador dos Sectores do Ambulatório e do Serviço de Atendimento Permanente (SAP), Chefe dos Cuidados Personalizados de Saúde e Director do Centro de Saúde até Coordenador ou Responsável de diversos Núcleos, Programas de Saúde, Projectos e Comissões.

Também foi durante esse período de tempo que realizei as minhas provas de Doutoramento em Medicina, na Faculdade de Medicina do Porto, mais precisamente em 9 de Julho de 1996.

Em 1 Julho de 1999 iniciei a minha actividade de Médico de Família no Centro de Saúde São João e as funções de Membro do Conselho Directivo do Projecto Tubo de Ensaio e de Director do Centro de Saúde São João, por convite do Senhor Professor Doutor Alexandre Sousa Pinto já que era Membro executivo do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, desde 1997.

O Centro de Saúde São João inseria-se num projecto mais vasto, o Projecto Tubo de Ensaio, que se propunha assegurar a prestação de Cuidados Primários de Saúde a cerca de 20.000 utentes, constituir um espaço de Formação pré e pós-graduada destinada a Profissionais dos Cuidados Primários de Saúde e desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração de Saúde, Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de Cuidados Primários de Saúde.

Embora já tivesse experiência da gestão do dia-a-dia dos Centros de Saúde e já tivesse realizado alguma formação pós-graduada nesta área, ao aceitar ser Director deste Centro de Saúde e Membro do Conselho Directivo deste Projecto senti a necessidade de adquirir novos conhecimentos, consolidar conhecimentos adquiridos, aprender novas técnicas,

aperfeiçoar aptidões anteriormente aprendidas, actualizar e reflectir sobre atitudes em Gestão e Economia de Saúde. Esta minha necessidade foi imediatamente entendida pelo Senhor Professor Doutor Alexandre Sousa Pinto, que me possibilitou o ingresso no II Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, bem como me orientou durante a elaboração da presente Tese, tal como me tem vindo a orientar pedagógica e cientificamente nesta Faculdade de Medicina do Porto há cerca de 25 anos.

Não imagino de que outro modo pudesse agradecer ao Senhor Professor Doutor Alexandre Sousa Pinto tudo o que tem feito por mim durante estes cerca de 25 anos, para além do que ir sempre até ao fim, dentro das minhas possibilidades e conhecimentos, com os projectos em que me envolvo, como é o caso do presente Mestrado.

Aos alunos das Disciplinas de Introdução à Medicina e de Medicina Comunitária do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto que, de forma activa, se envolveram neste trabalho através da recolha dos dados fica aqui o meu agradecimento.

Também os meus agradecimentos a todos os elementos das Equipas de Saúde (Médicos, Enfermeiros e Administrativos) dos Centros de Saúde de Espinho e São João que facilitaram a realização deste trabalho.

Finalmente, ao Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina do Porto, dirigido pelo Senhor Professor Doutor Altamiro Costa Pereira, tenho de agradecer a orientação fornecida na análise estatística, em especial a colaboração prestada pelos Drs. Alexandra Moura Vieira e Armando Teixeira Pinto.

INTRODUÇÃO

Desde há muito tempo que o debate em torno da prestação de cuidados de saúde se tem vindo a realizar, sendo ultimamente motivo de crescente interesse a discussão de dois dos seus aspectos, designadamente a qualidade dos serviços prestados e os seus custos. [1-3]

Segundo alguns autores parece não ser provável a existência de uma relação directa e linear entre a qualidade dos serviços prestados e os seus custos. Na realidade, num sistema de saúde caracterizado por um baixo investimento financeiro, algum acréscimo nas verbas disponíveis para a saúde poderá traduzir-se numa eventual melhoria da qualidade dos serviços prestados, existindo assim uma relação directa entre estes dois factores. Contudo, à medida que aumentam as verbas para a saúde essa relação directa dissipa-se. Isto parece dever-se à existência de outros factores que contribuem para a definição da qualidade da prestação de cuidados de saúde. [1]

A qualidade dos serviços prestados em saúde é uma característica mensurável. Pode ser analisada de forma diferente conforme o alvo que se pretende avaliar ou a posição que o observador ocupa no sistema de saúde. Assim, os médicos e os outros profissionais de saúde valorizam fundamentalmente as capacidades técnicas e de relação interpessoal *(satisfação dos profissionais)*, enquanto que os utentes, tanto individualmente como através das suas instituições comunitárias, dão mais relevo aos aspectos não técnicos da prestação dos cuidados de saúde, como por exemplo a acessibilidade e a disponibilidade dos cuidados *(satisfação dos utentes)*. [4]

Todos os serviços procuram desenvolver e manter um acesso fácil aos utentes que os procuram, dado que estes referem-se à acessibilidade como um índice de qualidade e um motivo de satisfação. [5]

Ao conceito de acessibilidade, ou seja, a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis, costuma associar-se o de disponibilidade, isto é, a capacidade e a atitude do médico para atender, ouvir, compreender e ajudar os seus doentes. [5, 6-14]

Enquanto que a disponibilidade depende fundamentalmente da formação e da atitude profissional do médico, a acessibilidade depende de diversos factores: fisico-geográficos (distância a percorrer ou de tempo no percurso e de disponibilidade de transportes), estruturais e funcionais (espaço fisico, circuitos de marcação de consultas, horários de funcionamento, barreiras e circuitos administrativos), económicos (dispêndio de recursos financeiros pelos serviços de saúde ou pelos utentes) e culturais (aspectos de comunicação).[5, 6-14]

Segundo Marwick,[15] os aspectos clínicos ou técnicos dos cuidados incluem o processo diagnóstico, a gestão clínica, a morbilidade e a mortalidade, as condições das instalações e do equipamento e o pessoal. Estes aspectos clínicos ou técnicos englobam duas dimensões: a aplicabilidade dos serviços fornecidos, que exige que os médicos tomem as decisões correctas sobre os cuidados a prestar a cada utente, e a competência com que os cuidados adequados são executados, que exige competência, capacidade de análise e execução na altura certa. [4,16]

Também segundo Marwick,[15] os aspectos de relação interpessoal incluem a conduta do médico e do restante pessoal, os tempos de espera, a disponibilidade de marcação das consultas, o relacionamento médico/utente e o envolvimento no processo de tomadas de decisão, enquanto segundo Donabedian (1988) [4] incluem a qualidade da comunicação, a capacidade do médico em manter a confiança do utente e a capacidade em tratar o utente com interesse, empatia, honestidade, tacto e sensibilidade.

Para Ovretveit (1992)[17] Qualidade é satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e directivas da profissão e do contratante. Na realidade é importante não só dar satisfação aos utentes que recebem os serviços de saúde mas também assegurar que todos os que necessitam de um determinado serviço poderão obtê-lo.

Contudo não podemos entender qualidade só em termos de satisfação dos utentes e das suas necessidades expressas. Os utentes podem não saber do que necessitam ou podem pedir investigações ou tratamentos inapropriados ou prejudiciais. Temos portanto de incluir, a par do juízo dos utentes acerca do serviço, uma definição profissional das necessidades e um juízo profissional do modo como o serviço deve satisfazer as necessidades dos seus utentes.

Ou seja as necessidades são definidas não só pelos utentes mas também pelos profissionais, tanto a nível individual como a nível populacional. [17]

Mas isto não basta para classificar um serviço de qualidade, pois pode ser ineficiente, desperdiçando recursos que podem ser usados para tratar outros utentes. Ou seja um Serviço de Qualidade não é aquele que vai ao encontro das necessidades dos seus clientes a qualquer custo, mas sim o que usa os recursos da maneira mais eficiente possível. Finalmente um serviço para ser de qualidade tem de cumprir determinados requisitos legais, éticos e contratuais. [17]

Para introduzir um Sistema para Assegurar a Qualidade numa Instituição é necessário que exista uma Direcção comprometida e um pessoal envolvido em actividades proactivas, que visem mudar a cultura e os comportamentos para satisfazer as necessidades dos que mais necessitam dos serviços *(satisfação dos utentes)*, ao mais baixo custo e respeitando os limites e as directivas da profissão e do contratante. [15, 18-20]

A introdução de Projectos para estabelecer sistemas para Assegurar Qualidade é uma das maneiras de ir ao encontro dos desafios que enfrentam actualmente os Serviços de Saúde dos Países Ocidentais ou seja o aumento da procura e dos custos dos serviços de saúde. Nos Serviços de Saúde Públicos a procura será sempre superior à oferta e aos recursos, quaisquer que sejam as características demográficas da população e a tecnologia médica empregue. Enquanto que a Melhoria da Qualidade nos Serviços de Saúde Privados tem como objectivo o aumento ou a manutenção da procura de modo a permitir a rentabilidade, nos Serviços de Saúde Públicos actuais essa Melhoria da Qualidade propicia ao mesmo tempo um aumento da procura e da pressão sobre os recursos estabelecidos para a saúde, conduzindo a uma diminuição automática da Qualidade. Para que tal não aconteça os Governos do mundo Ocidental têm vindo a implementar diversas reformas estruturais nos Serviços de Saúde Públicos no sentido de associar esse aumento da procura dos cuidados com o aumento da rentabilidade, o crescimento dos serviços e a distribuição de incentivos aos funcionários. Mesmo que estas reformas não consigam incentivar a Melhoria da Qualidade existem muitas razões que justificam a introdução de um Sistema para Assegurar Qualidade nos Serviços de Saúde, quer sejam públicos quer privados:

(i) Reduz os custos e aumenta a produtividade

A resolução de problemas internos de qualidade pode levar a uma poupança de cerca de 30 a 50% dos custos de funcionamento.

(ii)Evita a degradação dos colaboradores

A má qualidade pode conduzir à diminuição da motivação e à perda de entusiasmo do pessoal, à insatisfação dos colaboradores, à falta de criatividade e inovação, ao absentismo e à alta rotação, a custos de selecção e treino, enquanto que a melhoria da qualidade faz com que o trabalho seja mais fácil e menos frustrante para o pessoal, dá-lhes mais controle, envolve e dá responsabilidades aos colaboradores, estimula iniciativas e permite mudanças e torna o recrutamento e a retenção no mercado de trabalho mais fácil.

(iii) Diminui a insatisfação ao negociar as expectativas

Uma maneira de evitar a insatisfação dos clientes é gerir as suas expectativas, explicando-lhes com clareza os serviços que podem ser prestados com os recursos de que se dispõe.

(iv) Evita queixas por negligência

Quer exista ou não o erro ou a negligência, muitas reclamações não se transformariam em queixas formais se os serviços de saúde tivessem preocupações de qualidade com os seus clientes. Muitas pessoas só pretendem uma desculpa ou a segurança que o mesmo não se repita. A má qualidade pode conduzir a uma perda de tempo a lidar com queixas desnecessárias, a custos na defesa de queixas de negligência e a indemnizações e seguros mais caros.

(v) Evita a má reputação e a perda de clientes

A investigação fora dos serviços de saúde mostra que nos serviços onde os clientes dispõem de várias alternativas no mercado, 65 a 90% dos insatisfeitos não regressam e que cada cliente insatisfeito informa 15 a 25 outros, que depois se inclinam a procurar outro serviço. A má reputação leva à perda de clientes, à diminuição dos rendimentos e à dificuldade em ter de volta os clientes. [17] Existe também evidência científica de que os clientes confiam fundamentalmente no conselho informal dos seus amigos ou familiares para a escolha do seu médico. Isto deve-se provavelmente porque a informação que obtêm dessas pessoas é

muito detalhada, porque podem obtê-la com um grau apropriado de especificidade e porque a origem da informação pode ser avaliada cuidadosamente. [21]

Nas Instituições de Saúde a satisfação dos utentes, ou seja a percepção pelos utentes do cumprimento das suas expectativas, constitui um dos parâmetros a considerar na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.[20-3] Ao avaliarmos essa satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados, na perspectiva dos utentes *(Qualidade para o Cliente)*, o qual pode contribuir conjuntamente com a avaliação da satisfação dos profissionais e dos seus conhecimentos técnico-profissionais para uma melhor definição das estratégias de saúde *(Qualidade Profissional)*, tendo em conta o contexto económico, ou seja o melhor uso dos recursos disponíveis *(Qualidade de Gestão)*. [21-2]

A Qualidade Total em Saúde implica a abordagem dessas três diferentes dimensões:
(i) Qualidade para o Cliente, que consiste na medida em que o beneficiário do serviço o percebe como correspondendo ao que ele deseja, ou seja na opinião do utente sobre até que ponto o serviço lhe dá o que ele quer e espera,

(ii) Qualidade Profissional, que consiste em dar ao utente o que o profissional julga que ele necessita, ou seja um julgamento dos profissionais relativamente a até que ponto o serviço preenche as necessidades dos clientes, tal como definidas pelos profissionais, e relativamente aos métodos e processos utilizados para satisfazer essas necessidades,

(iii) Qualidade de Gestão, que consiste no melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades, ou seja o uso eficiente e produtivo dos recursos de modo a satisfazer os requisitos dos utentes, dentro dos limites das normas e directivas prescritas. [15,17,18]

Objectivos

Há cerca de 17 anos que a Faculdade de Medicina do Porto, através do seu Departamento de Clínica Geral, tem vindo a dialogar com o Ministério da Saúde no sentido de lhe ser atribuída a administração de um Centro de Saúde onde pudesse realizar o ensino pré-graduado e a investigação em Medicina Geral e Familiar. Só em 1998 foi possível celebrar um Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Faculdade de Medicina do Porto, homologado por Sua Exª a Ministra da Saúde, o qual se passou a designar por "Projecto Tubo de Ensaio". [24-6]

Este Projecto tem três Objectivos Principais:

(i) Assegurar a prestação de Cuidados de Saúde Primários a cerca de 15 a 20 mil utentes do Serviço Nacional de Saúde, criando-se para tal um novo Centro de Saúde na cidade do Porto, em instalações cedidas pelo Ministério da Saúde, o Centro de Saúde São João;

(ii) Desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração de Saúde, Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de Cuidados de Saúde;

(iii) Constituir um espaço de Formação pré e pós-graduada destinada aos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. [24-6]

Relativamente ao 1º objectivo, foi inaugurado em 6 Julho de 1999 um Centro de Saúde ligado funcionalmente ao Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, o Centro de Saúde São João, englobado na rede de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte / Sub-Região de Saúde do Porto, o qual deverá:

(i) adoptar os valores e a filosofia inerentes aos Cuidados de Saúde Primários;

(ii) reger-se pelos princípios de qualidade e de inovação;

(iii) possuir uma gestão partilhada pelos dois parceiros: Administração Regional de Saúde do Norte e Faculdade de Medicina do Porto;

(iv) ser submetido a avaliações internas e externas periódicas;

(v) cumprir os Programas de Saúde Obrigatórios, tanto da Administração Regional de Saúde do Norte como da Sub-Região Saúde Porto e fornecer a esta os dados habitualmente enviados pelos restantes Centros de Saúde;

(vi) utilizar os mesmos suportes de informação que os utilizados nos Centros de Saúde;

(vii) constituir uma lista de utentes que se inscreverão voluntariamente, a qual será a base de financiamento do Centro de Saúde (pagamento "per capita" dos utentes inscritos);

(viii) possuir um quadro de pessoal semelhante ao dos outros Centros de Saúde (Médicos, Enfermeiros, Administrativos e Auxiliares). [24-6]

O Projecto é constituído por diversas actividades, das quais destacamos a seguinte: "Elaborar periodicamente estudos de satisfação dos utentes e profissionais do Centro de Saúde". Nesse sentido, decidimos realizar uma investigação sobre a Qualidade em Saúde no Centro de Saúde São João, que irá também servir para elaborar uma Dissertação de candidatura ao grau de Mestre, no âmbito do II MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE.

A Qualidade em Saúde depende essencialmente de dois factores: uma boa prática clínica e o modo como estão organizados e são prestados os serviços aos doentes.[27] O projecto MoniQuOr.CS [27] destina-se à monitorização da qualidade organizacional, na perspectiva dos diferentes profissionais dos Centros de Saúde, enquanto o presente trabalho tem como objectivo principal "Avaliar a qualidade organizacional do Centro de Saúde São João, na perspectiva dos seus utentes utilizadores", tendo em vista os seguintes objectivos intermédios:

(i) avaliar a satisfação global dos utentes utilizadores com o Centro de Saúde;

(ii) avaliar a satisfação dos utentes utilizadores com diferentes aspectos da dimensão dos cuidados de saúde, organização dos serviços;

(iii) identificar os locais e os motivos de procura prioritários em situação de doença por parte dos utentes utilizadores;

(iv) determinar as características pessoais dos utentes utilizadores que podem influenciar a satisfação global com o Centro de Saúde, a satisfação com diferentes aspectos da organização dos serviços e os locais e os motivos de procura prioritários em situação de doença;

(v) determinar de que modo a satisfação global com o Centro de Saúde e a satisfação com diferentes aspectos da organização dos serviços podem influenciar os locais e os motivos de procura prioritários em situação de doença por parte dos utentes utilizadores.

Tendo em mente os objectivos atrás enunciados iremos continuar a redigir a presente Tese, estruturando-a do seguinte modo: um primeiro grande capítulo, com a designação de "Evolução conceptual da Qualidade e da Satisfação dos utentes e da sua aplicação aos Serviços de Saúde", seguido de outros capítulos, alguns divididos em subcapítulos, onde iremos descrever detalhadamente o Estudo por nós conduzido a nível do Centro de Saúde São João, e que serão designados por:

- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusões.

No final incluiremos um "Resumo" em Português e em Inglês, as "Referências Bibliográficas" e os vários "Anexos".

Relativamente ao capítulo "Evolução conceptual da Qualidade e da Satisfação dos utentes e da sua aplicação aos Serviços de Saúde", iremos descrever em primeiro lugar a trajectória percorrida ao longo dos tempos pelos conceitos e pelos métodos de Qualidade, constituindo assim um 1° subcapítulo com a designação de "Evolução dos conceitos e do métodos de Qualidade" e outros quatro subcapítulos com as seguintes designações e respectivos conteúdos:

- Assegurar Qualidade - este subcapítulo destina-se a descrever as diferentes dimensões do modelo conceptual de Assegurar Qualidade, caracterizando a sua evolução a nível dos Serviços de Saúde Portugueses
- Qualidade e ética - este subcapítulo destina-se a explicar de um modo breve as diversas orientações, modelos, princípios e regras da bioética no sentido de situar a discussão em torno dos problemas éticos sobre a distribuição e a utilização dos recursos para a saúde nos países desenvolvidos, em que se inclui Portugal
- Política de Qualidade em Saúde – este subcapítulo destina-se a caracterizar os instrumentos que têm vindo a ser desenvolvidos e aplicados na área da Qualidade dos Serviços de Saúde Portugueses, com especial ênfase para a "Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes", o "MoniQuOr.Cs" e a "Carta para a Qualidade nos Serviços Públicos", deixando para o subcapítulo seguinte a descrição de outros instrumentos de audição e de participação dos utentes dos Centros de Saúde Portugueses

- Mecanismos de audição e de participação dos utentes - este subcapítulo destina-se a explicitar alguns dos instrumentos de audição e de participação dos utentes dos Centros de Saúde Portugueses, como por exemplo a caixa de sugestões e opiniões e o livro de reclamações.

Também relativamente ao capítulo "Evolução conceptual da Qualidade e da Satisfação dos utentes e da sua aplicação aos Serviços de Saúde", iremos apresentar, após esses cinco subcapítulos, um outro com a designação de "Satisfação dos utentes: conceito e dimensões", onde abordaremos a satisfação dos utentes como uma área de investigação na avaliação da Qualidade de cuidados prestados nos Serviços de Saúde, deixando para o final a inclusão de diversa informação acerca da opinião de utentes sobre a Qualidade de Saúde, distribuídos por 2 subcapítulos com as seguintes designações:

- Inquéritos sobre os Serviços de Saúde Portugueses
- Investigação sobre a Satisfação dos utentes.

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DA SUA APLICAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Evolução dos conceitos e dos métodos de Qualidade

A partir do fim da década de oitenta verificamos uma evolução dos conceitos para conceber Qualidade, tanto a nível geral como a nível particular na saúde. Inicialmente a Qualidade era definida de acordo com as características físicas de um produto, passando depois à adequação desse produto à utilização pretendida pelo consumidor e posteriormente ao melhor custo.[28]

Finalmente a noção de Qualidade é definida como o conjunto de propriedades e de características de um bem ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas dos clientes, coincidindo com o conceito que corresponde à satisfação dos utilizadores, não só para as necessidades sentidas e expressas, como também para aquelas que os prestadores consideram reais no momento ou a curto prazo.[29] É nesta mesma perspectiva que Garvin, citado por Ferreira,[30] define Qualidade, ou seja como o grau segundo o qual um conjunto de características de um produto, de um serviço ou de um processo satisfazem as necessidades do consumidor. Este conceito de Qualidade veio inverter a lógica tradicional das organizações, levando-as a ver o seu produto na óptica do consumidor.

Qualidade é entendida por muitos como o grau de excelência, o valor relativo,[31] enquanto que a Qualidade dos Cuidados é interpretada como a situação em que os cuidados prestados devem atingir o balanço mais favorável entre riscos e benefícios, conferindo aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas.[27] No contexto dos cuidados de saúde, essas necessidades são requisitos baseados na percepção dos utentes ou dos profissionais definidos por consenso ou por investigação.[32] Lohr e Harris-Wehling, citado por Ferreira,[30] definem Qualidade como o aumento de verosimilhança da coerência entre os resultados de saúde desejados e o conhecimento dos profissionais.

Muitos dizem que existe qualidade sempre que os cuidados prestados estão de acordo com aquilo que se pensava que deveria ter sido prestado, o que significa que a qualidade varia de acordo com a perspectiva de cada um dos intervenientes dos cuidados. Uma dessas perspectivas assenta no modo como os clientes avaliam o serviço prestado, entendendo-se como clientes os indivíduos ou as organizações que emitem juízos de qualidade ou que apresentam expectativas acerca dos cuidados prestados. Os clientes para um médico de família podem ser os utentes / doentes, os outros médicos, os outros profissionais das unidades de saúde, as entidades gestoras e financiadoras e as organizações profissionais. A definição de qualidade é assim um aspecto dinâmico dado que as expectativas desses clientes variam continuamente.[15]

Existem muitas definições de Qualidade em Cuidados de Saúde, variando desde fazer as coisas certas de uma maneira tecnicamente correcta até dar aos clientes o que necessitam e o que querem. Os vários grupos e entidades profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde, ao utilizarem definições diferentes, apresentam perspectivas também distintas acerca de uma boa qualidade.[16,18,33] Para o General Medical Council, do Reino Unido, citado por Campbell,[33] os aspectos a tomar em linha de conta para considerar um serviço de saúde de boa Qualidade são:

(i) o desempenho de uma boa prática profissional,

(ii) a manutenção de uma boa prática médica,

(iii) o estabelecimento de uma relação adequada com os utentes através do funcionamento regular de um sistema de reclamações e da aplicação de inquéritos de satisfação, com a consequente tomada de medidas correctoras,

(iv) a criação de um relacionamento adequado com os colegas e os outros profissionais da saúde,

(v) a garantia de ensino e de treino pós graduado regular a todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde,

(vi) a honradez.

Para a Sociedade Médica Americana (1984), citada por Fortuna, [16] as condições que devem ser tomadas em linha de conta para definir a qualidade de um serviço de saúde são a promoção da saúde e a prevenção da doença, o sentido de oportunidade, a participação dos utentes informados, o respeito pela base científica da medicina e o uso eficiente dos meios disponíveis.

Mais recentemente, a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde, citada por Pisco [34] e no MoniQuOr,[27] identificou como componentes essenciais de cuidados de saúde de Qualidade o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, os riscos mínimos para os utentes, a satisfação para os utilizadores e os resultados ou os ganhos em saúde, enquanto que, na área da Qualidade em Clínica Geral, Campbell [35] identificou algumas componentes que podem ser referidas aos indivíduos e outras que podem ser referidas às populações.

As componentes de Qualidade para os utentes individualmente compreendem: [35]

(i) Acessibilidade - os utentes devem ter acesso a uma variedade de serviços,

(ii) Efectividade clínica ou técnica - esses serviços devem ser prestados de uma forma competente sob o ponto de vista profissional,

(iii) Efectividade interpessoal - esses mesmos serviços devem também ser prestados de uma forma competente sob o ponto de vista humano. Para Palmer (1989), citado no Glossário de termos e Definições do MoniQuOr, [27] efectividade deve ser entendida como a situação em que os benefícios atingíveis em condições óptimas de saúde são verdadeiramente atingidos na prática diária.

As componentes de qualidade para as populações compreendem: [35]

(i) Equidade - os indivíduos e os grupos dentro de uma população devem ter um serviço justo,

(ii) Eficiência - os recursos devem ser utilizados adequadamente numa perspectiva de custo-efectividade, entendendo-se eficiência como os efeitos ou resultados finais conseguidos relativamente aos esforços despendidos em termos monetários, de recursos e/ou de tempo. [31]

Os doentes e os profissionais de saúde, os governantes e os contribuintes dos serviços de saúde, os educadores e os investigadores dos jornais, rádio e televisão cada vez mais se questionam acerca do que é ser um bom médico e como se pode criar um. A sociedade e os governantes utilizam uma mistura de processos de cuidados de saúde e de variáveis de resultados para definir a competência clínica e, quando possível, indicadores de cumprimento de determinados padrões, normas reguladoras e estruturas de serviço clínico. Mas será que a noção de Qualidade tem alguma coisa a acrescentar ao que o público e os governantes querem dos médicos, uma vez que a sua competência e o seu desempenho podem ser especificados e verificados?[32]

Quando se trata de um médico, o adjectivo "bom" atesta terem sido cumpridos certos testes de competência. Enquanto que "um médico fraco" é, geralmente, aquele que tem boas intenções mas possui conhecimentos ou técnicas inadequados à sua função, "um mau médico" é aquele que, apesar de ter conhecimentos técnicos adequados, tem más intenções, valores indesejáveis e até motivos perversos. Estas variedades de bom, fraco e mau médico são diferentes e podem, por vezes, coexistir no mesmo indivíduo.[32]

Uma das abordagens para definir "um bom médico" apoia-se nas capacidades técnicas de um cientista aplicado, ou seja que um "bom médico" combina os conhecimentos clínicos individuais com a melhor evidência externa disponível.[31] O médico baseado na evidência, que usa recursos pessoais intangíveis para cuidar dos seus doentes, é atencioso.[36,37]

Outra abordagem para definir "um bom médico" apoia-se nas capacidades interpessoais dos médicos, e que segundo o General Medical Council, do Reino Unido, citado por Hurwitz,[32] compreendem a vocação e as qualidades pessoais do médico, bem como a exactidão e uma mente ponderada, aberta à verificação e à aprendizagem através dos erros. A avaliação dos doentes acerca das capacidades interpessoais dos médicos está fortemente relacionada com a confiança, mas também com a empatia, a segurança e o apoio evidenciados no relacionamento terapêutico e com a existência de médicos que oiçam as suas preocupações e as suas preferências e lhes prestem uma informação sincera sobre a sua situação clínica e sobre as suas opções de tratamento.[38] Segundo Mechanic e Meyer, citado por Coulter A,[38] os atributos que os americanos mais frequentemente incluíram em relação à confiança foram a honestidade, a franqueza, a sensibilidade, o ter em mente os melhores interesses do doente e a vontade de ser vulnerável, sem medo de ser prejudicado.

Um "bom médico" será portanto aquele que consegue unir as técnicas e as sensibilidades do cientista aplicado às capacidades reflexivas do humanista médico.[32]

Diferentes autores, citados por Ferreira,[30] referem os aspectos da prestação de cuidados primários que consideram cruciais para a análise da Qualidade em Saúde: para Irvine e Irvine são os cuidados pessoais (seguros e efectivos), o fácil acesso aos serviços, a escolha dos profissionais de saúde, a continuidade de cuidados, a boa coordenação com outros serviços e os cuidados domiciliários, enquanto para Williamson são o respeito

pelos doentes, o apoio, a informação, o controlo, a tomada de decisão e a autonomia dos doentes.[30] Já para Ferreira,[30] os aspectos da prestação de cuidados a ter em conta quando se analisa a Qualidade em Saúde são os aspectos técnicos de aplicação do conhecimento e das tecnologias médicas, os interpessoais dos cuidados, os sociais e psicológicos, os éticos da interacção médico/doente e os da organização de cuidados, em termos de acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação.

Enquanto que para Heather Palmer, citada por Pisco,[34] a Qualidade em Saúde significa a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes, para Grol,[18] a Qualidade em Saúde pode ser descrita como a relação entre os cuidados actuais e as expectativas dos vários intervenientes nos cuidados de saúde. Isto significa que a Qualidade não é um aspecto absoluto dos cuidados de saúde, mas algo que pode ser avaliado e valorizado de forma diferente pelos seus vários intervenientes. A Qualidade depende assim do aspecto dos cuidados de saúde em questão, de quem está a fazer a avaliação, do local ou do ambiente em que se realiza e dos objectivos específicos.[4,18]

Para Pisco é necessário "... melhorar a Qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados ..." esperando-se "... um melhor desempenho profissional, maior respeito pela perspectiva, preferências e valores dos doentes, maior acessibilidade, equidade e sobretudo, utilização optimizada dos recursos disponíveis...".[34]

Várias definições de Qualidade em Saúde mencionam que os serviços devem ir ao encontro das expectativas dos utentes e de outros clientes dos serviços de saúde, como é o caso de Blumental (1996) [39] ao definir Qualidade como o "grau a partir do qual os serviços de saúde oferecidos aos indivíduos e às populações aumentam a possibilidade de se obterem os resultados desejados e estão de acordo com os conhecimentos científicos dos profissionais no momento".

Muitas vezes se diz que um serviço é de Qualidade quando dá aos seus clientes o que eles desejam. Mas para muitos Qualidade de um serviço não se confina exclusivamente

à satisfação do cliente, consistindo em dar aos clientes o que eles necessitam, assim como o que eles desejam, fazendo-o com os custos mais baixos possíveis.[17] Na realidade existem diferentes definições de Qualidade conforme a perspectiva em que se colocam os seus autores. Para Parasuraman (1985), citado por Ovretveit, [17] qualidade define-se em termos de satisfação do cliente, ou seja dar aos utentes o que eles exprimem querer, enquanto para Maxwell (1984)), também citado por Ovretveit, [17] se define em termos dos aspectos de serviços, como p.e. acessibilidade, pertinência, equidade, aceitabilidade social, eficiência, eficácia, entres outros, devendo-se entender eficácia como o grau em que uma intervenção, procedimento, regime ou serviço produz, em condições ideais, um resultado benéfico. [31]

Para outros autores Qualidade é satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e directivas da profissão e do contratante (Ovretveit, 1992).[17] Esta definição é discutível como outra qualquer, mas é talvez a que mais nos agrada, pois é diferente de "economicismo", inclui preocupações de equidade e de exigências técnicas, engloba exigências éticas e exige obediência contratual.

A evolução dos conceitos acompanhou-se também da evolução dos métodos. No fim da década de oitenta poucos falavam de Avaliação da Qualidade, excepto no sentido de determinação, verificação ou medição, incluída num âmbito mais vasto. Utilizava-se normalmente o conceito de Garantia da Qualidade,[15,17,18,40] que assegurava que toda a determinação fosse seguida de medidas de melhoria.

Os médicos e os outros profissionais da saúde desde há muito tempo que se interessavam pela Qualidade dos Cuidados que prestavam, contudo só raramente traduziam esse interesse numa tentativa estruturada para observar e para melhorar o seu desempenho. O primeiro conceito a surgir foi o da Avaliação da Qualidade, que envolvia a recolha, a medição e a análise de dados, contudo os que trabalhavam nesta área logo se aperceberam que recolher informação acerca do desempenho não era suficiente. Era necessário estabelecer objectivos claros, bem como "guidelines" ou

"standards" que permitissem a sua comparação com o desempenho observado. Depois, para Assegurar Qualidade dos cuidados, era necessário reconhecer onde se deviam operar as mudanças, tomando de seguida as medidas necessárias para as alcançar. Estava assim constituído o Ciclo para Assegurar Qualidade, que incorpora todos esses elementos: definir "guidelines", colher dados, actuar, monitorizar os resultados, regressando ao 1º elemento. Assegurar Qualidade é portanto um processo cíclico.[15]

Na realidade a Qualidade na área da saúde sempre constituiu uma preocupação constante, para os médicos e os outros profissionais da saúde, por variadas razões, que passamos a referir:

(i) profissionais - porque os profissionais da saúde querem melhorar o seu desempenho, trabalhar melhor e ser cada vez mais prestigiados, tendo em conta a existência de novas tecnologias cada vez mais eficazes e disponíveis;

(ii) éticas - porque os profissionais da saúde são responsáveis pela confiança que os cidadãos lhes depositaram, estando perfeitamente cientes de que é um dever ético tratar os seus doentes da melhor maneira possível. Aliás o Juramento de Hipócrates postula na sua essência a prestação de serviços de alta qualidade aos doentes;

(iii) políticas - porque a Qualidade tem vindo a ser incluída no discurso político, passando a ser uma preocupação estratégica;

(iv) económicas - porque os recursos financeiros são sempre escassos em comparação com as necessidades, podendo colocar problemas de sobrevivência empresarial a alguns serviço de saúde, obrigando por isso a uma maior eficiência;

(v) sociais - porque aumentaram as expectativas e as exigências em relação à Qualidade dos serviços e ao cumprimento dos seus direitos por parte dos cidadãos, devido não só à melhoria do seu nível económico e educacional mas também aos meios de comunicação.[15,34,41]

Os melhores exemplos de alterações dos conceitos e das terminologias na área da Qualidade são a mudança do nome da revista da Joint Comission para "Journal of Quality Improvement" e o desaparecimento do termo "control" da "Sociedade Española de Control de Calidade Asistencial". No caso específico dos laboratórios, ainda hoje se utiliza a expressão Controlo de Qualidade, dada a sua semelhança com o sector industrial e a objectividade com que é possível fixar valores de referência. Alguns autores continuam a entender a Qualidade nessa perspectiva de controlo ou de

fiscalização, constituída por diversas actividades, eventualmente úteis e desejáveis, mas sempre exercidas retrospectivamente sobre o serviço já feito.[41]

A nossa perspectiva de qualidade é diferente, sendo partilhada com outros autores.[3,15,17,18,20,40] Está baseada num conceito de qualidade essencialmente proactivo, que se fixa em actividades programadas destinadas a aumentar ao máximo as probabilidades de o serviço que se vai fazer no futuro tenha qualidade, ou seja que atinja um padrão pré-definido de qualidade. Esta nossa perspectiva é a já referida "Quality Assurance", que muitos em Portugal traduzem por Garantia de Qualidade, mas nós preferimos designar por Assegurar Qualidade, dado que o termo "garantir" tem na língua portuguesa um sentido mais afirmativo do que parece ser possível atingir nesta área e o termo "assegurar" significa garantir dentro de certos limites.

A definição de Assegurar Qualidade inclui o importante conceito de Melhoria Contínua em vez de inspecção.[3,15] Segundo Ovretveit, [17] "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 ...". Por outro lado "a má qualidade do serviço resulta de processos mal desenhados e mal aplicados e quase nunca de pessoal preguiçoso ou incompetente ... a Qualidade não resulta simplesmente do estabelecimento de " Standards", inspecções e exortações ao pessoal ... ".[17]

Berwick, citado por Marwick,[15] faz a distinção entre a Teoria das Maçãs Estragadas e a Teoria da Melhoria Contínua. A primeira abordagem é mais próxima de Controlo de Qualidade do que de Assegurar Qualidade. O seu principal objectivo é procurar aqueles que não atingem um "standard" mínimo, ou seja as maçãs estragadas. Esta abordagem é sentida pelos profissionais como uma ameaça e conduz à tomada de atitudes defensivas por parte deles e a tentativas episódicas para passar inspecção por parte da gestão. Com esta abordagem os profissionais tendem a cumprir o mínimo necessário, ou seja a realizar somente os cuidados mínimos que lhe são exigidos. O objectivo na abordagem da Melhoria Contínua é a procura de oportunidades de melhoria para todos, independentemente do seu nível de Qualidade actual. Esta abordagem conduz a que todos na organização procurem soluções para a melhoria do serviço.[3,15]

No início dos anos 90 já existiam referências à Melhoria Contínua da Qualidade e à Gestão da Qualidade ou Qualidade Total.[3,42-7] Os métodos de Melhoria Contínua pretendem resolver problemas sistemáticos da Qualidade e os da Gestão da Qualidade visam envolver toda a organização, desde o nível operacional/profissional até aos gestores de topo, de modo a melhorar a concepção do produto ou do serviço e de introduzir medidas de melhoria mais eficazes.[41] O desenvolvimento de novos métodos para Assegurar Qualidade na indústria exerceu uma grandes influência no surgimento da Gestão da Qualidade Total e da Melhoria Continua da Qualidade. De acordo com esta abordagem industrial, Assegurar Qualidade não deve ser uma actividade 'ad oc', mas uma componente constante do trabalho diário, integrada na gestão corrente dos serviços de saúde. Cada uma das pessoas envolvidas, desde os líderes das organizações dos profissionais de saúde até aos elementos das equipas de saúde, tem a sua própria responsabilidade, devendo por isso estar preparadas e treinadas no sentido de saber o que é Assegurar Qualidade e como deve ser implementada.[15,18] Quando o pessoal estiver treinado e tiver experiência com métodos de Qualidade, estiver familiarizado com a filosofia de Assegurar Qualidade e com o Ciclo de Gestão de Qualidade, então é possível introduzir a Gestão da Qualidade Total. Não é possível a sua introdução sem a existência de um Sistema para Assegurar Qualidade e isto demora algum tempo a estabelecer.[17]

Em meados da década de 90, a OMS/EURO definiu o conceito de Desenvolvimento Contínuo da Qualidade dos Cuidados nos seguintes termos: "estimativa do grau de excelência dos cuidados de saúde, através da análise comparativa entre os resultados conseguidos e os que poderiam ter sido obtidos. ... É um processo dinâmico que identifica e utiliza os melhores resultados dos cuidados, com a finalidade de obter a melhor prática profissional possível . ..." A palavra desenvolvimento foi preferida à palavra melhoria, por ser uma abordagem positiva e pressupor que a Qualidade dos cuidados se desenvolve dinâmica e progressivamente.[41]

Assegurar Qualidade

A evolução dos conceitos e dos métodos de Qualidade conduziu ao conceito actual de Assegurar Qualidade, que assegura que toda a determinação seja seguida de medidas de melhoria. Assegurar Qualidade é portanto um processo cíclico, que incorpora diversos elementos, que adiante referiremos, e que são fundamentalmente os seguintes: definir "guidelines", colher dados, actuar, monitorizar os resultados, regressando ao 1º elemento.

Segundo a Wonca, Organização Mundial dos Médicos de Família, Assegurar Qualidade é um processo de actividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objectivo da melhoria contínua dos "standards" de cuidados médicos.[15,18,40]

Esta definição dá uma ênfase especial à importância de um bom planeamento, organização e gestão de actividades para Assegurar Qualidade e à importância que esta tem como um processo para a melhoria contínua do desempenho médico e dos cuidados prestados aos utentes. Este planeamento deve ser formal e registado por escrito, não necessitando contudo de ser exaustivo. Assim, Assegurar Qualidade consiste num conjunto de actividades sistemáticas e contínuas, que incluem a formulação de "guidelines" e de objectivos para um bom desempenho profissional, a avaliação actual desse desempenho e as acções que visam modificá-lo, quando tal se torne necessário.[15,17,18]

O modelo conceptual de Assegurar Qualidade pode ser desenhado em três diferentes perspectivas ou dimensões, cada uma delas representada esquematicamente por Groll[15,18] por uma das faces visíveis de um cubo, as quais podem interactuar entre si:
(i) os métodos ou os passos num processo para Assegurar Qualidade (Como ?)
(ii) o papel dos vários grupos profissionais envolvidos (Quem?)
(iii) a gestão para Assegurar Qualidade (Onde?).[15,18]

Em primeiro lugar iremos debruçar-nos sobre os diferentes *Passos num Processo para Assegurar Qualidade.* Assegurar Qualidade consiste num conjunto de actividades

contínuas e sistemáticas, realizadas de um modo cíclico. Segundo Grol,[15,18] este Ciclo para Assegurar Qualidade incorpora vários elementos, passos ou actividades:

(i) Analisar e seleccionar um problema de Qualidade

(ii) Definir prioridades

(iii) Desenvolver "guidelines"

(iv) Seleccionar indicadores

(v) Recolher dados

(vi) Analisar os dados e definir as melhorias

(vii) Fornecer "Feedback"

(viii) Procurar resistências à mudança

(ix) Seleccionar a intervenção

(x) Planificar a mudança

(xi) Implementar a mudança

(xii) Avaliar os resultados e fazer o "follow up".

Analisemos em pormenor os elementos, que segundo Grol,[15,18] compõem o Ciclo para Assegurar Qualidade:

(i) Seleccionar aspectos relevantes da qualidade

Aspectos são abstracções da Qualidade que podem ser escolhidos em resposta à constatação de determinados problemas, à existência de determinados interesses por parte de quem escolhe, a uma análise sistemática de problemas de qualidade ou como parte de uma revisão mais abrangente do desempenho.[15,18]

Para escolher os aspectos da Qualidade devemos definir prioridades, seleccionando em primeiro lugar aqueles que forem mais importantes, embora poucos, estendendo depois a lista a aspectos menos importantes. Podemos incluir desde aspectos técnicos ou de relação interpessoal até aspectos de estrutura, processo ou resultados desses mesmos cuidados de saúde.

A Qualidade dos cuidados foi classificada em 1980 por Donabedian em medidas de estrutura (p.ex. edifícios, pessoal e recursos), de processo (p.ex. o que é feito e como é feito) e de resultado (p.ex. o resultado para o doente e os custos com os cuidados de saúde). [4,15,18,27] De acordo com a UEMO (Union Européènne des Médecins Omnipraticiens)[40] essas medidas devem ser entendidas do seguinte modo:

- Estrutura são as características dos prestadores de cuidados, dos utensílios e dos recursos à sua disposição e das disposições físicas e organizacionais em que eles trabalham,
- Processo são os vários procedimentos de diagnóstico aplicados, os regimes terapêuticos instituídos e os tipos de seguimento ou outras práticas empreendidas no interesse dos pacientes,
- Resultado é o efeito observado e medido que pode ser atribuído a cuidados de saúde precedentes.[40]

Nos Serviços de Saúde Portugueses a abordagem "estrutura" nunca foi integralmente aplicada, embora tenha sido importante nos processos de construção e de licenciamento de unidades de saúde. São exemplos da abordagem "resultados" os estudos de efectividade terapêutica e os de satisfação dos utilizadores, se bem que referidos mais vezes a elementos da estrutura ou do processo do que ao cumprimento das expectativas de saúde.[41]

A abordagem "processo" tem sido a mais frequentemente utilizada, estudando, principalmente, a qualidade técnico-científica, desempenho profissional, cumprimento de protocolos, qualidade de histórias clínicas, revisão de utilização. Nos Centros de Saúde, os primeiros Programas de Qualidade que se realizaram eram de Saúde Materno-Infantil e de Doenças Cardiovasculares, dado terem sido áreas consideradas prioritárias a nível nacional e disporem de Protocolos Nacionais de Vigilância. Actualmente, a maioria desses Programas a nível dos Centros de saúde enquadram-se no âmbito do Desenvolvimento Contínuo da Qualidade, dando especial relevo à melhoria da acessibilidade e à avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais. Nos Hospitais, os primeiros Programas de Qualidade que se realizaram estavam associados às infecções nosocomiais, utilização de antibióticos, preenchimento do processo clínico, desempenho do pessoal de enfermagem, classificação dos doentes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e o processo de revisão de utilização. Actualmente, a

maioria das actividades ou dos programas relacionados com a Qualidade a nível dos Hospitais são a aplicação dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos, os do Gabinete do Utente, a Classificação de doentes segundo o grau de dependência, a Prevenção e tratamento de escaras, o Controlo da infecção e a Utilização de antibióticos.[41]

(ii) Estabelecer "Guidelines"

O passo seguinte, após a escolha dos aspectos da qualidade a estudar, consiste em formular as características necessárias para a existência de cuidados de saúde de qualidade, que Grol designa por "guidelines",[15,18] e que incluem o estabelecimento de critérios e "standards" em relação a esses aspectos seleccionados.

Os critérios são aspectos mensuráveis do desempenho desejado, enquanto que os "standards" são expectativas ou requisitos de desempenho. De acordo com a UEMO,[40] critérios são objectivos profissionalmente desenvolvidos relativamente a estruturas, processos ou resultados de óptimos cuidados de saúde, enquanto que "standards" são normas de realização de boa prática, com as variações aceitáveis das regras e dos critérios. Segundo o Glossário de termos e Definições do MoniQuOr,[27] critérios são aspectos dos cuidados de saúde claramente definidos e rigorosamente mensuráveis que sejam relevantes para a definição de boa qualidade. Devem ser tão claramente definidos que se possa dizer com segurança quando estão presentes ou ausentes. Os critérios podem ter "standards" agregados que descrevem o nível esperado e desejado de desempenho.[27]

Para estabelecer critérios e "standards" é preciso uma série de passos sociais e de passos técnicos, devendo-se evitar cometer alguns erros frequentes, como p.ex. estabelecer "standards" para o que é fácil e não para o que é importante, formular de início demasiados "standards" ou impor "standards" ao pessoal ainda que sejam correctos. [6,36] Constituem passos sociais o estabelecimento de grupos de trabalho do pessoal da instituição para tratar de cada aspecto e para estabelecer o respectivo "standard", ficando para o conjunto da instituição a identificação de duplicações, sobreposições ou conflitos, decidindo as prioridades e o equilíbrio entre os opostos. São exemplos de passos técnicos a definição dos aspectos da qualidade a tratar, o estabelecimento de prioridades, a definição do que permite apreciar o desempenho, a definição de como pode ser medido e documentado o desempenho e a determinação do nível de desempenho a atingir.[17]

(iii) Avaliar os cuidados de saúde actuais

O passo seguinte, após o estabelecimento de critérios e "standards", consiste em avaliar o que está a acontecer no momento presente, o que implica a colheita de dados de uma forma válida e fiável e a sua comparação com essas "guidelines". Segue-se o "feedback" desses resultados para os profissionais de saúde, para que possam utilizá-los para introduzir alterações.[15,18,27]

(iv) Planear e implementar mudanças

O passo seguinte, após a análise dos dados e a definição das melhorias, consiste em actuar no sentido da mudança sempre que tal se mostre oportuno. Para isso é necessário procurar as resistências à mudança, seleccionar a intervenção, planificar e implementar a mudança.[15,18]

(v) "Follow-up"

O passo final, após a implementação das mudanças, consiste em avaliar os resultados e fazer o "follow up" para averiguar se o desempenho foi realmente alterado. Dado que Assegurar Qualidade é um processo cíclico, o resultado final desse "follow-up" pode conduzir à revisão das "guidelines", à escolha de novos métodos para recolha de dados ou à selecção de novos tópicos para revisão.[15,18]

Segundo Ovretveit,[17] este Ciclo para Assegurar Qualidade desdobra-se em duas partes. Uma primeira parte para localizar e definir problemas de qualidade, ou seja um Ciclo de Gestão da Qualidade e uma segunda parte para efectuar as mudanças necessárias à melhoria da qualidade, ou seja um Ciclo de Correcção da Qualidade, que acaba quando a causa do problema de qualidade for resolvida,[17]

O Ciclo de Correcção da Qualidade compreende uma série de passos para descobrir e remover um problema de qualidade: [17]

(i) Definir o problema

(ii) Recolher ideias sobre as causas possíveis

(iii) Recolher dados

(iv) Analisar e apresentar os dados

(v) Recolher ideias sobre como remover as causas

(vi) Fazer as alterações e avaliar os resultados

(vii) Eventualmente voltar ao início.

Por sua vez, o Ciclo de Gestão da Qualidade compreende uma série de passos para controlar e melhorar todas as dimensões da qualidade:[17]

(i) Identificar os aspectos da qualidade

(ii) Definir os critérios e "standards" desses aspectos da qualidade

(iii) Medir e documentar as medidas do desempenho, através de monitorização, ou seja da observação de uma actividade em relação a especificações, critérios ou objectivos, definidos directamente ou através de indicadores. Para a UEMO (Union Européènne des Médecins Omnipraticiens)[40] monitorização é o decurso das medições de uma variedade de indicadores da qualidade dos cuidados de saúde para identificar problemas potenciais, enquanto para a Wonca,[31] é o processo contínuo de medição de uma variedade de indicadores da estrutura, dos processos ou dos resultados dos cuidados de saúde.

(iv) Analisar e apresentar os dados obtidos, através de gráficos e cartas

(v) Actuar, congratulando ou corrigindo

(vi) Regressar ao inicio ou definir um Problema para o Ciclo de Correcção da Qualidade.

De seguida iremos debruçar-nos sobre o papel dos *Grupos envolvidos no Processo para Assegurar Qualidade.* Na realidade a Qualidade em Saúde requer o cumprimento de um determinado número de requisitos e de interesses de grupos envolvidos, muitas vezes conflituosos. A Qualidade Total em Saúde implica a abordagem de três diferentes dimensões: Qualidade para o Cliente, Qualidade Profissional e Qualidade de Gestão.[15,17,18]

Estas 3 dimensões correspondem aos três maiores grupos envolvidos nos cuidados de saúde, cujas perspectivas devem ser tomados em conta e integradas para especificar a qualidade de um determinado serviço, envolvendo assim os interesses dos utentes, dos médicos, dos outros profissionais de saúde, dos gestores de saúde e dos políticos. Esta complexidade de perspectivas e de interesses distingue os serviços de saúde de outros

serviços, existindo um certa tensão entre elas. O processo para Assegurar Qualidade tem como objectivo compatibilizar, equilibrar as exigências, por vezes antagónicas ou conflituosas, entre essas três diferentes dimensões da Qualidade. [4,15-8,21,30]

Finalmente iremos debruçar-nos sobre a *Gestão para Assegurar Qualidade.* Esta perspectiva diz respeito a três aspectos fundamentais: que condições são necessárias para estabelecer um Sistema para Assegurar Qualidade (estruturas, políticas, prerequisitos, recursos e actividades educacionais), como deve estar organizado e a que nível deve ser gerido o processo para Assegurar Qualidade. Este processo pode ser organizado e gerido a nível central (internacional, nacional ou regional), local, da unidade de saúde e do indivíduo.[15,18]

Ao nível Nacional ou Regional as organizações devem estar envolvidas no estabelecimento de regulamentos, na criação de políticas, na colheita de informação, no desenvolvimento de "guidelines" e de métodos para Assegurar Qualidade. As estruturas representativas das classes profissionais podem construir "standards" para a acreditação do desempenho profissional dos seus associados, as entidades governamentais podem elaborar "standards" para a contratação ou o financiamento dos cuidados de saúde e as associações de utentes podem desenvolver "standards" para a realização do consentimento informado por parte daqueles que procuram os cuidados. Ao nível Local os grupos de profissionais ou de utentes podem desenvolver métodos para Assegurar Qualidade que reflictam as realidades locais. A Qualidade pode variar com o grau de urbanização, a idade, o sexo e a composição étnica da comunidade ou com a existência de características geográficas ou industrias específicas. Ao nível da Unidade de Saúde a gestão para Assegurar Qualidade depende do tipo e da dimensão da unidade, assim como do tipo e número de profissionais envolvidos, enquanto ao nível individual cada profissional deve dispor de instrumentos que lhe permitam determinar as suas necessidades formativas, observar o seu desempenho e escolher os métodos adequados para a sua melhoria.[15,18]

Em Portugal, nas antigas Direcções-Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais não existiam serviços ou divisões específicos para o desenvolvimento da Qualidade, passando-se o mesmo a nível regional. Nos Centros de Saúde não chegaram a existir Comissões com responsabilidade na âmbito da Qualidade, enquanto que em muitos Hospitais já funcionavam diversas Comissões da área dos antibióticos, da

higiene e controlo de infecção, da farmácia e medicamentos, da mortalidade e da ética, não existindo contudo Comissões de Qualidade ou de Humanização e Qualidade até 1991, data da criação da Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. Esta Comissão, desde a sua fundação, tem vindo a orientar um Programa de carácter nacional relacionado com as condições gerais do atendimento e com as relações interpessoais, desenvolvendo actividades muitos diferentes, indo da melhoria de instalações (zonas de espera, instalações sanitárias), a inquéritos de satisfação, elaboração de folhetos sobre os cuidados prestados, formação em comunicação e relações interpessoais, agilização de listas de espera, preparação de altas, entre outras.[41]

A criação da Direccção-Geral da Saúde, em 1993, alterou as estratégias previstas para os Cuidados de Saúde Primários e para os Hospitais, integrando as respectivas Direcções- Gerais. Na Direcção-Geral da Saúde foi criada a Divisão da Qualidade, na sua Direcção de Prestação de Cuidados de Saúde. Nos serviços Regionais e Sub-regionais não existem estruturas orgânicas que tratem especificamente da Qualidade, mas os serviços de Planeamento e os de Saúde assumem por vezes essa função. Na maioria das Sub-Regiões e Centros de Saúde existem Comissões de Humanização e Qualidade, de Controlo de infecção e Gabinetes do Utente, enquanto nos Hospitais existem Comissões de Ética para a Saúde, Controlo de infecção, Humanização e Qualidade e Avaliação do desempenho de cuidados de enfermagem, bem como Comissões específicas para a Formação, os antibióticos e a mortalidade. As Comissões de Ética para a Saúde são as que existem em maior frequência nos Hospitais, possuindo uma composição multidisciplinar e actuando com total independência. Os pareceres que emitem sobre temas da prática médica que envolvem questões éticas, quer sejam por iniciativa própria quer sejam por solicitação dos órgãos de gestão, dos serviços, dos profissionais ou dos doentes, têm caracter consultivo, excepto no que diz respeito aos pedidos para a realização de ensaios clínicos, em que são vinculativos.[41]

Em geral, o funcionamento destas Comissões é descontínuo o que tem levado alguns Hospitais à criação formal de sectores responsáveis pela Qualidade. Também o Ministério da Saúde criou, através da Portaria nº 288/99, o Instituto da Qualidade em Saúde, um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa e que tem por missão promover a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde a nível nacional, através da prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, da promoção da investigação e desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas

de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e da promoção e enquadramento da investigação e da formação profissional contínua. Na área da Melhoria da Qualidade e Modernização da Gestão tem vindo a desenvolver vários projectos:

(i) Programa autónomo de acreditação dos Hospitais nacionais, em parceria com o Health Quality Service e o King's Fund, baseado na metodologia e normas do programa desenvolvido para os hospitais ingleses,

(ii) Projecto de avaliação e monitorização da qualidade organizacional nos Centros de Saúde nacionais - MoniQuOr.CS,

(iii) Manuais da Qualidade na admissão e encaminhamento dos utentes em Hospitais e Centros de Saúde,

(iv) Qualificação dos serviços de aprovisionamento dos Hospitais,

(v) Instrumento de auto-avaliação da gestão baseado no modelo da EFQM - QualiGest

(vi) Modelo de gestão de Unidades de Saúde pela Qualidade Total da European Foundation for Quality Management.[34]

Qualidade e Ética

Para Ovretveit (1992)[17] a Qualidade em Saúde deve incluir, para além de outros aspectos, preocupações de equidade e exigências éticas.

A introdução de Projectos para estabelecer sistemas para Assegurar Qualidade é uma das maneiras de ir ao encontro dos desafios que enfrentam actualmente os Serviços de Saúde dos Países Ocidentais ou seja o aumento da procura e dos custos dos serviços de saúde. Nos nossos dias são vulgares essas preocupações acerca do crescimento dos custos dos Serviços de Saúde, o que levanta problemas éticos na distribuição e na utilização dos recursos para a saúde nos países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos da América ou o dos países Europeus, em que se inclui Portugal.

No sentido de situar a discussão em torno desses problemas éticos decidimos fazer uma breve explicação sobre as diferentes orientações, modelos, princípios e regras da bioética.

A procura da fundamentação da bioética ou do sentido que oriente a nossa acção boa tem-se desenvolvido através de diversas *orientações* do pensamento e da acção:

- Orientação consequencialista ou utilitarista - coloca a tónica no resultado da acção, avaliando-se a moralidade de uma acção a partir do seu efeito;

- Orientação situacionista, consensual ou discursiva - empenha-se na construção de consensos sobre a melhor forma de actuar, subordinando-se a moralidade do agir ao juízo da maioria;

- Orientação deontológica - estabelece um princípio prévio ou concomitante ao agir, que constituiu também a sua causa final, considerando-se a moralidade da acção a partir do princípio que a desencadeou.

As duas primeiras orientações tendem a ser relativistas uma vez que a determinação do bem varia de acordo com o tempo, o espaço e a situação, enquanto que a última procura ser universalista. [48]

As *orientações utilitarista e consensual* desenvolvem-se através de modelos, ou seja estruturas articuladas entre princípios e regras que orientam a acção para a concretização efectiva do resultado procurado, tendo portanto uma finalidade eminentemente prática. A generalidade dos modelos utilizados no âmbito da prestação dos cuidados de saúde são de origem anglo-americana, com uma orientação fundamentalmente pragmática, assumindo-se como modelos de análise teórica e do próprio agir, tornado-se instrumentos tecnicamente aplicáveis ao quotidiano dos serviços de saúde.

Um dos modelos mais divulgado é o de Tom Beauchamp e James Childress (1979), o *Modelo Principalista*, constituído por quatro princípios morais aplicáveis à investigação científica e aos cuidados de saúde e por algumas regras que se destinam à promoção das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes:

- Princípio da beneficência – determina a obrigatoriedade de promover, primeiramente e sempre, o bem do paciente e nele se fundamenta a regra da confidencialidade. Esta regra contribui para uma maior confiança do paciente em relação ao médico, colocando o profissional de saúde em melhores condições para promover o bem dos seus pacientes. A aplicação deste princípio exige uma ponderação muitas vezes difícil entre:
  - os custos, ou seja os recursos necessários para obter um benefício, assim como os efeitos negativos decorrentes da procura e da concretização desse benefício;
  - os riscos, ou seja os prejuízos ou as contrariedades relativamente a interesses futuros como p.ex. a vida , a saúde ou o bem-estar;
  - os benefícios, ou seja algo de valor positivo como a vida ou a saúde.
- Princípio da não maleficência - determina o não infligir qualquer mal e nele se fundamenta a regra de fidelidade, que consiste na obrigatoriedade de manter a promessa de procurar sempre o bem do paciente.
- Princípio da autonomia - determina o respeito pela capacidade de decisão autónoma, e exige a regra da veracidade como condição mínima para a sua aplicabilidade. Este princípio envolve dois aspectos complementares entre si: por um lado o reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões, baseadas nos seus valores pessoais e crenças, e por outros lado a promoção efectiva de condições que favoreçam o exercício dessa autonomia.

- Princípio da justiça ou da equidade – determina que todas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças. Nele se fundamenta a regra da privacidade, que consiste no acesso limitado à pessoa e visa manter o respeito pela dignidade de ser pessoa. A adopção de diferentes teorias implica diferentes modelos de justiça distributiva como p.ex. diferentes prioridades na distribuição dos cada vez mais escassos recursos de saúde. [48]

A equidade em saúde, valor ético consensual nas sociedades modernas desenvolvidas, é alcançada através do acesso aos bens que promovem a saúde, os quais são múltiplos não se limitando aos cuidados de saúde curativos. Este acesso nunca é igual nas sociedades democráticas e pluralistas devido à existência de cidadãos com níveis social, económico ou cultural diferentes entre si. Vejamos alguns exemplos ilustrativos:

- A situação financeira das famílias pode repercutir-se p. ex. no acompanhamento da gravidez ou do parto, no acompanhamento da alimentação ou do desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, na sua educação para a saúde;
- A educação que cada um tem sobre os estilos nocivos de vida, como p. ex. os hábitos aditivos, os erros dietéticos, o sedentarismo;
- O tipo de profissão exercida, com os seus riscos específicos e o acompanhamento pela saúde ocupacional;
- O controlo inadequado da agressividade individual, manifestando-se p. ex. no aumento da sinistralidade rodoviária;
- A poluição do ar, da água e dos alimentos, aumentando o número de doenças respiratórias, digestivas ou outras.

A desigualdade indiscutível no acesso aos bens que promovem a saúde conduz a uma desigualdade nos padrões nosológicos predominantes em cada estrato socio-económico, e nas necessidades de cuidados de saúde, com custos também diferentes. Parece pois inevitável um sistema com estratos desiguais no acesso aos cuidados de saúde. [49,50]

A outra orientação bioética, *a orientação deontológica*, desenvolve-se pelo aprofundamento dos princípios que garantem intrinsecamente a moralidade da acção, sendo dificilmente traduzível sob a forma de um modelo, recusando assim o normativismo, o funcionalismo ou o tecnicismo que tende a resultar dos modelos. Esta orientação tem-se vindo a desenvolver fundamentalmente na Europa através de uma

tendência personalista, humanista, que afirma a pessoa, na sua humanidade essencial, como fundamento e finalidade de todo o agir ético. [48]

A desvantagem na adopção de um único princípio ético fundamental e universal, a pessoa, está na definição desse universal concreto do homem e ainda na operatividade dessa noção. Outra desvantagem consiste na aplicação desse princípio universal e formal e de regras gerais e abstractas aos casos concretos com que a prática clínica ou a investigação científica se deparam diariamente. A vantagem está em manter-se fiel ao princípio e fim do agir humano: servir a pessoa no seu processo de ser. [48]

A reflexão bioética portuguesa tem-se vindo a desenvolver de acordo com esta orientação Europeia. O princípio fundamental na generalidade dos pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida é o da dignidade da pessoa humana. O pensar e agir éticos deste Conselho fundamentam-se na noção de pessoa, defendendo que o respeito devido a qualquer pessoa, pelo simples facto de o ser, é incondicional, não se alterando na situação de doente, tendo como direitos gerais o direito aos cuidados de saúde, à privacidade e à equidade. Também no documento "Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde" (14/CNECV/95) o mesmo Conselho sistematiza quatro grandes valores:

- o da dignidade da pessoa humana;
- o da participação de cada pessoa nas decisões que lhe dizem respeito;
- o da equidade, por oposição à discriminação;
- o da solidariedade entre os homens. [48]

No mundo moderno e no que diz respeito aos países desenvolvidos, às chamadas "economias de mercado estabilizadas", são hoje vulgares as preocupações em torno do crescimento dos custos num contexto sócio-político em que a saúde é considerada um bem social. Contudo, nas sociedades liberais, como é o caso dos Estados Unidos da América, a saúde é um bem individual, com valor económico, do qual as pessoas são proprietárias. Este bem pode ser perdido e então a pessoa decide racionalmente quanto está disposta a pagar para readquirir este bem.

Nos Estados Unidos da América não existe uma política nacional para a cobertura universal de cuidados de saúde. A maioria desses cuidados são financiados e prestados por entidades privadas, através de um sistema de mercado de seguros. Segundo dados de 1991, a cobertura em saúde de 61% da população americana é feita à custa de

seguros de grupo de empregados, enquanto que em 13% é assegurada por seguros individuais de saúde. Este sistema de saúde origina grandes iniquidades, existindo em 1991 cerca de 40 milhões de americanos, ou seja cerca de 14%, que não possuem qualquer cobertura de saúde. Para além dos seguros de saúde existem três programas de cuidados de saúde com financiamento governamental:

- Medicare - um programa com administração federal, destinado aos que têm mais de 65 anos de idade ou determinadas doenças crónicas ou certas incapacidades;
- Medicaid - um programa com administração estatal que garante serviços médicos a determinados tipos de americanos pobres;
- Cuidados aos militares veteranos.[51-6]

Pelo contrário, nos países europeus os princípios da universalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento são hoje consensuais. Nestes países a saúde é um bem social que deve ser:

- geral – deve ser disponibilizada a todos os cidadãos sem discriminação de etnia, religião, idade, estado de saúde ou situação financeira;
- universal - deve cobrir todas as necessidades de cuidados de saúde a todos os cidadãos do território nacional;
- gratuito - os custos dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos doentes devem ser pagos solidariamente por todos aqueles cidadãos, sãos ou doentes, que criam riqueza, ou seja devem ser uma responsabilidade colectiva nacional, um encargo público suportado pela tributação sobre os rendimentos.[50-1,56]

Em Portugal idênticos princípios, igualmente generosos, foram apontados na Constituição da República, aprovada em 1976 e permaneceu nas revisões de 1989 e de 1992. É o caso do preceito constitucional, artigo 64° da Constituição da República Portuguesa, promulgada pela Lei 1/92 (Anexo 1).

Tal preceito fora já formalizado na Lei do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Assembleia da República em 1979 (Lei n° 56/79) e pela Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n° 48/90, de 24 de Agosto), bem como pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Dec.Lei 11/93, de 15 de Janeiro de 1993) publicado posteriormente à ultima revisão constitucional.[50]

Política de Qualidade em Saúde

A Qualidade dos Serviços de Saúde, ao ser considerada uma preocupação estratégica, passou a ser incluída no discurso político, nas Grandes Opções dos Planos e nos Programas dos Governos, contudo nem sempre essas referências passaram ao plano operacional.[41]

Diversos documentos e orientações do Ministério da Saúde têm vindo a caracterizar os aspectos da Política de Qualidade em Saúde. [57-9] Segundo estes, a definição estratégica da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Saúde decorre do conceito de Qualidade de Saúde como "um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados".[58] De acordo com estas orientações, o Desenvolvimento de um Sistema de Qualidade exige "uma abordagem dinâmica, orientada para a melhoria dos resultados em saúde, utilizando-os para melhorar os níveis de desempenho, através de processos de garantia de Qualidade (avaliação, melhoria, garantia), baseando-se na auto e hetero-avaliação, num processo evolutivo que conduzirá à certificação/acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde",[58] o que exige a implementação de "processos de identificação e selecção de problemas de qualidade, recolha sistemática de informação sobre a prestação dos cuidados, estabelecer linhas de orientação baseadas em evidência científica e introduzir as mudanças necessárias, utilizando estratégias e mecanismos efectivos".[58]

Os aspectos da Qualidade dos cuidados de saúde são um campo vastíssimo e complexo pelo que os diferentes Governos seleccionam pontos de intervenção prioritários. A título de exemplo no documento "Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1997",[57] o Ministério da Saúde preconizou o estabelecimento de três linhas de intervenção diferenciadas, algumas das quais ainda hoje em plena actividade:

" – a primeira, voltada mais especificamente para a garantia de qualidade das unidades (públicas e privadas) prestadoras de cuidados de saúde que irá privilegiar o estudo e conduzir à criação de mecanismos de acreditação;

- a segunda, dirigida à instalação de mecanismos de avaliação, no plano de garantia de Qualidade, de procedimentos, equipamentos e produtos em geral que sejam apresentados como possuindo propriedades aplicáveis no domínio da saúde;
- a terceira linha será directamente orientada para a satisfação dos cidadãos em geral e dos utilizadores em particular, designadamente:
    - através da revisão do modelo de atribuição de direitos aos doentes;
    - da facilitação, dentro das limitações de recursos do SNS, da possibilidade de escolha do prestador;
    - redução das dificuldades de acesso:
        - combate às listas de espera;
        - barreiras geográficas e económicas ainda existentes".[57]

Para vencer o desafio que se depara aos Serviços de Saúde, ou seja a capacidade de satisfazer o aumento da exigência de melhor qualidade de atendimento, dos cuidados e da sua adequação, dos níveis e estados de saúde, da satisfação dos utilizadores e dos prestadores é necessário centrar o sistema de saúde na pessoa, cidadão e profissional.[41,57-9] Para situar o cidadão no centro do sistema da saúde o Ministério da Saúde tem vindo a desenvolver uma série de instrumentos específicos, que dizem respeito aos direitos do cidadão em geral (e do doente em particular), ao apoio necessário a decisões informadas, à forma como são representadas as suas necessidades e preferências no desenvolvimento dos serviços de saúde, à participação na melhoria da saúde e na prestação dos cuidados de saúde e às oportunidades de exercício da escolha informada em relação aos cuidados e aos serviços de saúde.[57] No documento "Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1997",[57] o Ministério da Saúde enumerou diversos objectivos relativos ao estabelecimento desses instrumentos, como por exemplo:

"- Estabelecer em cada região um "plano de comunicação e informação" do cidadão sobre o acesso e as horas de utilização dos serviços de saúde, introduzindo por exemplo "Guias de atendimento";
- Explicitar as formas de representação dos pontos de vista do cidadão nas agências de acompanhamento dos serviços de saúde, através de contactos com autarquias, organizações de consumidores e de profissionais e instituições de solidariedade social;

- Estabelecer um mecanismo explícito de consulta e participação para as organizações não governamentais dedicadas à melhoria dos cuidados de saúde e promover o bom funcionamento dos diversos conselhos consultivos de saúde;
- Avaliar a forma como os gabinetes do utente gerem as reclamações e estudar a viabilidade de reforçar este instrumento de participação dos cidadãos;
- Explicitar um conjunto de procedimentos que garantam uma escolha efectiva e consciente do cidadão no SNS, promovendo procedimentos de informação e gestão que assegurem que a delimitação de áreas de planeamento, gestão e influências dos centros de saúde e hospitais não sirvam como barreiras aos acessos do cidadão;
- Adoptar uma carta dos direitos e responsabilidades do cidadão e do doente em relação aos serviços de saúde".[57]

Em 1997 foi divulgada a 1ª versão da "Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes" (Anexo2),[60] cujos princípios orientadores estão consagrados na Constituição da República Portuguesa e no quadro Legislativo da Saúde, já anteriormente referidos. O direito à protecção da saúde está consagrado no artigo 64° da Constituição da República Portuguesa, promulgada pela Lei 1/92 e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Assembleia da República em 1979 (Lei n° 56/79) e na Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n° 48/90, de 24 de Agosto),[61] bem como no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Dec.Lei 11/93, de 15 de Janeiro de 1993) e no Estatuto Hospitalar (Dec.Lei 48 357, de 27 de Abril de 1968).[57,60-1]

Segundo a Lei de Bases da Saúde de 1990 (Base XXX) a qualidade dos cuidados é um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da satisfação dos profissionais e da eficiente utilização dos recursos numa óptica de custo-benefício.

Nessa mesma Lei de Bases da Saúde é referido que "... os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si..." (Base II, n° 1d) sendo "...promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços" (Base II n° 1g).

Também na sua Base XIV, nº 1c, se refere que os doentes têm direito a "ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito" e "ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado" (XIV, nº 1e).[61]

Ao aprovar a "Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes" o Ministério da Saúde evolui no sentido de o utente poder ser consultado em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, da qualidade dos serviços e do encaminhamento de queixas. Esta Carta passa a ser um instrumento de parceria na saúde, contribuindo para os seguintes objectivos:

"- consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo o Sistema de Saúde;
- reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, especialmente, proteger a dignidade e integridade humanas, bem como o direito à autodeterminação;
- promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis;
- desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde e, sobretudo, estimular uma participação mais activa por parte do doente;
- proporcionar e reforçar novas oportunidades e diálogo entre organizações de doentes, prestadores de cuidados de saúde e administrações das instituições de saúde " (Anexo 2).[60]

Tal como a própria designação desta Carta encerra, Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, existem dois tipos de articulados. Doze artigos que se referem aos direitos dos doentes e outros seis artigos que se referem aos deveres dos doentes (Anexo 2).[60]

Para além destes, outros instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos e aplicados na área da Qualidade em Saúde: o MoniQuOr.CS,[27] um instrumento de avaliação e monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde apresentado em público nos finais de 1997 e a Carta para a Qualidade nos Serviços Públicos,[62] aprovada em 1993 pelo Conselho de Ministros e incluída como procedimento necessário à implementação do Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral, na área do Sistema da Qualidade. [63]

O MoniQuOR.CS é um instrumento de avaliação voluntária da monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde.

As auto-avaliações são efectuadas por uma Comissão de Avaliação aceite e reconhecida pela generalidade dos profissionais do Centro de Saúde, constituída por um mínimo de 3 pessoas de diferentes grupos profissionais, podendo um deles pertencer à Direcção do Centro de Saúde.

As avaliações cruzadas são efectuadas por uma Comissão de Avaliação Externa composta por 3 elementos de diferentes grupos profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos).

O MoniQuOR.CS é constituído por um conjunto de 163 critérios englobando 6 áreas, cada uma delas com. sub-áreas. [27,64]

Cada critério pode ser valorizado numa escala de 0 a 1 conforme a seguinte grelha:

0,00 - não realizado, não concretizado

0,33 – parcialmente realizado, em progresso

0,67 – quase realizado, em progresso considerável

1,00 – totalmente realizado, totalmente concretizado.[27]

Os objectivos do Projecto MoniQuOr.CS são:

- Elaborar critérios de Qualidade Organizacional para utilização em Centros de Saúde. Nesse sentido foi feita a apresentação pública deste instrumento em Dezembro 1997;

- Criar um sistema de avaliação inter-pares do grau de cumprimento dos critérios: em primeiro lugar Auto-avaliação, em segundo lugar Avaliações cruzadas entre Centros de Saúde e em terceiro lugar Avaliações externas.

  A 1ª auto-avaliação decorreu em Abril 1998 em 290 Centros de Saúde, ou seja 82% do total, a 2ª auto-avaliação em Janeiro de 1999 em 102 Centros de Saúde e as avaliações cruzadas iniciaram-se em Fevereiro de 1999 em 109 dos 130 Centros de Saúde candidatos.

  Com vista à concretização das avaliações externas terminaram durante o ano de 2000 as acções de formação de 20 comissões de avaliação, que passarão a funcionar como avaliadores externos;

- Avaliar o impacto que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da Qualidade dos cuidados prestados;

- Reduzir a variabilidade Organizacional dos Centros de Saúde. [27,64]

Na Auto-avaliação de 1998 foram obtidos a nível Nacional as seguintes percentagens de realização dos critérios de avaliação em cada uma das 6 áreas:

> Organização e gestão (48%), Direitos dos cidadãos (71%), Promoção da saúde (52%), Prestação de cuidados de saúde (53%), Educação contínua e desenvolvimento da qualidade (27%), Instalações e equipamentos (60%).

Perante a análise global dos resultados foram identificadas 12 sub-áreas para melhorar:

> actividades de Garantia da Qualidade, avaliação e monitorização da satisfação dos utentes, avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais, formação contínua integrada nas rotinas de trabalho, existência de incentivos à actividade de investigação, publicações de artigos científicos no último ano, protocolo de acompanhamento de doentes terminais, monitorização do tempo de espera no local da consulta, análise do perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde, avaliação e monitorização da qualidade dos registos, gabinetes médicos com terminal de computador, plano de emergência em caso de catástrofe. [27]

Entre a 1ª (1998) e a 2ª auto-avaliações (1999) registaram-se melhorias significativas em muitos critérios de avaliação, em média 8% em todos os indicadores. Esta melhoria revela a preocupação dos profissionais em integrar aquelas lacunas, de fácil resolução, detectadas na 1ª fase e que, ou por falta de consciência da importância que assumem em termos organizacionais, ou por apatia, se mantinham em perfis de avaliação muito baixos.

Os resultados das Avaliações Cruzadas pouco diferem dos alcançados nas 2ª auto-avaliações, tendo-se registado simplesmente um desvio de 1 ponto percentual. Visto que de uma forma geral não existem grandes desvios entre as auto-avaliações de 1999 e as avaliações cruzadas realizadas nesse mesmo ano, presume-se que as pontuações auto-atribuídas nos Centros de saúde são correctas.

Na Avaliação Cruzada de 1999 foram obtidos a nível Nacional as seguintes percentagens de realização dos critérios de avaliação em cada uma das 6 áreas:

> Organização e gestão (58%), Direitos dos cidadãos (81%), Promoção da saúde (67%), Prestação de cuidados de saúde (57%), Educação contínua e desenvolvimento da qualidade (36%), Instalações e equipamentos (71%).

Perante a análise global dos resultados detectou-se a necessidade de introdução de algumas melhorias em várias áreas, inclusive na área dos Direitos dos Cidadãos em que os critérios de avaliação são os que atingiram valores mais elevados, situando-se o perfil nacional nos 81%. Nesta área, na maioria dos Centros de Saúde os utentes podem escolher e têm possibilidade de mudar de médico, vigora o princípio do consentimento informado, existe livro de reclamações e as respostas às queixas são enviadas num prazo de um mês. Contudo não há em 49% dos Centros de Saúde orientações escritas para incidentes, erros e queixas.

Também na área dos Direitos dos Cidadãos, em 30% dos Centros de Saúde não existem instruções claras sobre o sistema de marcação de consultas, em 60% o sistema de marcação de consultas com hora marcada, ou não existe, ou é insuficiente, em 95% não é explicitado qual o tempo máximo de espera após a hora marcada e em 97% não é monitorizado o tempo de espera no local das consulta. Contudo existe a possibilidade de marcação de consultas telefonicamente em 33% dos Centros de Saúde e 56% estão a caminho de o conseguir. [64]

No Centro de Saúde São João, local onde se realizou o nosso trabalho de investigação, a Auto-Avaliação do MoniQuor.CS durante o ano de 2001 revelou os seguintes pontos fortes e pontos a melhorar nas 6 grandes áreas:

1.Organização e gestão

Pontos fortes:

- Diagnóstico da situação
- Plano de actividades
- Relatório de Actividades
- Quadro do Centro de Saúde completo

Pontos a melhorar:

- Centro de saúde organizado em equipas multidisciplinares
- Prática de gestão participada

2. Direitos dos cidadãos

Pontos fortes:

- Livro de reclamações
- Gabinete do utente
- Resolução de queixas dos utentes

Pontos a melhorar: Protocolo de acompanhamento de doentes terminais

3. Promoção da saúde

Pontos fortes:

- Promoção da saúde na comunidade
- Promoção da saúde a grupos de risco

Pontos a melhorar: Reuniões com a Comissão Consultiva Local

4. Prestação de cuidados de saúde

Pontos forte: Obtenção de consulta no próprio dia

Pontos a melhorar:

- Critérios no atendimento domiciliário
- Linhas de orientação ou protocolos
- Análise e discussão periódica do perfil de prescrição de fármacos e exames complementares de diagnóstico
- Avaliação e monitorização dos registos clínicos

5. Educação contínua e desenvolvimento da Qualidade

Pontos fortes:

- Avaliação da satisfação dos utentes
- Avaliação da satisfação dos profissionais
- Reuniões semanais (organizativas, ensino, clínicas, investigação)
- Publicação de artigos científicos
- Biblioteca com material científico actualizado

Pontos a melhorar:

- Avaliação anual do Centro de saúde debatida com todos os profissionais
- Diagnóstico das necessidades de formação

6. Instalações e equipamentos

Pontos fortes:

- Cada médico tem um gabinete individual
- Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede

Pontos a melhorar: Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todos os profissionais.[24]

A Carta para a Qualidade nos Serviços Públicos,[62-3] aprovada em 28 de Outubro de 1993, Dia Nacional da Desburocratização, pelo Conselho de Ministros, foi um passo determinante para um compromisso de garantia de padrões de Qualidade para os utilizadores da Administração Pública.

A Carta é um documento escrito, simples e claro onde se formalizam os compromissos perante os respectivos utilizadores, ou seja um compromisso de satisfação dos utilizadores. É a expressão concreta de um contrato de serviço bem feito e apropriado às necessidades. É um compromisso não só de garantia de padrões de Qualidade para os serviços prestados mas também de satisfação dos utilizadores. É um instrumento que é simultaneamente um resultado e um motor de novos resultados. Pode ser feita para impulsionar a mudança ou para dar continuidade a projectos já em curso, ou seja pode ser um instrumento de um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade.

O Porquê da Carta da Qualidade prende-se com dois motivos fundamentais: os grandes custos sociais e económicos devidos à ausência de Qualidade nos serviços públicos e o direito que os utilizadores têm de avaliar a Administração Pública através das experiências de contacto com cada entidade.

A Carta da Qualidade dirige-se não só aos utilizadores mas também aos serviços e seus funcionários. Aos utilizadores a Carta dá-lhes uma clara descrição dos serviços prestados, permite-lhes comparar o que esperam com o que recebem e assegura-lhes mecanismos que permitam dar a conhecer internamente o grau de satisfação que está a ser obtido. Aos serviços e seus funcionários a Carta dá-lhes a oportunidade de conhecer, de forma realista, como são utilizados os recursos e o nível de qualidade que podem atingir.

A elaboração da Carta da Qualidade deve ser fruto de uma metodologia de trabalho interno ao serviço, devendo integrar várias fases: constituição de uma equipa, contacto com todos os profissionais para identificação dos serviços prestados, audição dos utilizadores para conhecimento das suas necessidades e consulta sobre indicadores a utilizar, elaboração da Carta após concordância dos diferentes sectores, aprovação da

Carta pelo dirigente máximo e sua divulgação acessível a todos os utilizadores e funcionários.

Cada Carta da Qualidade deve incluir os pontos de maior interesse para a maioria, se não a totalidade dos seus clientes habituais. Deve dar aos utentes informação relevante, credível, actualizada e prática, usando um suporte material simples de consultar e fácil de entender. Em geral uma Carta da Qualidade deve incluir os seguintes pontos:

- Principais informações de orientação, como por exemplo nome do emissor, endereço, local de atendimento, horário e dias de serviço, números de telefone e fax, e.mail e linha azul e outras informações,
- Atendimento cortês, eficaz e personalizado,
- Igualdade na disponibilidade e acesso ao serviço,
- Liberdade de escolha,
- Audição do utente,
- Padrões e indicadores de Qualidade,
- Mecanismos de reclamação,
- Garantia de eficiência.[62-3]

Mecanismos de audição e de participação dos utentes

Para além da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, [60] do MoniQuOr.CS,[27] e da Carta para a Qualidade nos Serviços Públicos,[62] outros instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos e aplicados na área da Qualidade nos Centros de Saúde Portugueses.

Mesmo nos Centros de Saúde muito bem organizados podem surgir situações de conflito entre os utilizadores e os prestadores dos cuidados de saúde primários. Os utentes ou qualquer um dos profissionais de saúde podem não estar nos seus melhores dias ou os utentes podem fazer exigências de difícil concretização, o que pode conduzir a uma situação de tensão que eventualmente culminará com a apresentação de uma queixa por parte do utente ou de seu familiar.

Numa Unidade de Saúde utento-cêntrica, isto é centralizada no utente, o Director do Centro de Saúde ou qualquer um dos profissionais das equipas de saúde devem estar sensibilizados para despistar precocemente qualquer gesto ou expressão não verbal ou de "linguagem corporal" do utente que possa querer significar descontentamento, bem como deve receber com seriedade e simpatia qualquer queixa verbal, por mais injustificada que lhes pareça.

Se o Director do Centro de Saúde tratar desta situação de um modo informal, através de uma comunicação frente a frente, servindo-se dos meios correctos para o estabelecimento de uma boa comunicação, a maioria dos conflitos serão resolvidos evitando-se que a parte queixosa se dirija verbalmente ou por escrito a outra instância com a consequente perda de tempo e trabalhos acrescidos. A este propósito, Pritchard lista os factores que segundo ele são essenciais para uma boa comunicação frente a frente, e que são:

- Sensibilidade e conhecimento;
- Respeito pelos pontos de vista dos outros;
- Acessibilidade a todos os que desejam falar frente a frente e em privado;
- Ouvir e consultar em vez de ordenar;
- Implementar sistemas eficientes de comunicação diária, que todos entendam e utilizem.[65]

Mas mais importante do que resolver a queixa é preveni-la. A este propósito Pritchard refere que "... a prevenção da queixa é preferível à sua cura...",[65] o que pretende significar que um Centro de Saúde "...com objectivos claramente definidos, relacionados tanto com a prestação civilizada e agradável de serviços aos utentes como à satisfação profissional dos médicos e daqueles que trabalham com eles e com a implementação de meios eficientes para os alcançar, através dos recursos disponíveis...",[66] será certamente a melhor maneira de fazer a prevenção da queixa.

Nos seus manuais de Clínica Geral, Pritchard cita as principais queixas contra médicos de clínica geral, referidas em 1973 por Rudolf Klein no seu livro "Queixas contra médicos" e que são principalmente:

- negar consultas domiciliária ou fazê-las com atraso;
- tratamento inadequado ou incorrecto;
- não referir atempadamente para o Especialista Hospitalar ou outros serviços;
- delegação de serviços inadequada;
- negar a emissão de certificados médicos;
- maneiras e advertências incorrectas dos médicos;
- insatisfação com o sistema de marcação de consultas;
- impossibilidade de contactar telefonicamente o médico. [11,65]

Ao referir-se a esta matéria, Pritchard explica que as queixas escritas não devem reflectir exactamente a satisfação dos utentes perante os serviços prestados dado que, e citando Ann Cartwright, no seu livro "Doentes e os seus médicos","...os doentes tendem a ser acríticos em relação aos seus médicos".[11,65] Angela Coulter comunga da mesma opinião ao referir que generalidade dos médicos são bons aos olhos da maioria dos seus doentes. [38]

As condições de trabalho nos Centros de Saúde Portugueses não são por vezes nada favoráveis à realização dos actos médicos. Segundo Jorge Silva, Médico de Família do Centro de Saúde de Campanhã "...os utentes circulam quase como que livremente pelo Centro de Saúde. O contacto entre médico e doente é muito mais directo, ao contrário do que se passa nos grandes corredores dos hospitais". Este contacto acaba por ter as suas consequências. Segundo aquele clínico, a chantagem entre pacientes descontentes e os médicos é constante: "... ameaças de fazer queixinhas ao Director ou de escrever no livro Amarelo, muitas vezes por instigação das administrativas, tudo para ter uma receita no próprio dia". Para ajudar, as condições de atendimento aos utentes não são as

melhores: longas esperas a que estão sujeitos para serem atendidos ou para marcarem uma consulta. A burocracia joga um papel importante em toda esta situação.[67]

Em 1997 o Ministério da Saúde distribuiu pelos Centros de Saúde desdobráveis contendo a *Carta dos direitos e deveres dos doentes*, a qual continha 6 deveres e 12 direitos.[60] Segundo o 12° direito dos utentes, "Sugestões e reclamações", "o doente tem direito por si ou por organizações representativas, a apresentar sugestões e reclamações".[60] Nessa mesma carta este direito é explicado do seguinte modo:

"Deve ser reconhecida a capacidade do doente para, por si, ou por organizações representativas, avaliar a qualidade das prestações e apresentar sugestões ou reclamações.

As informações assim obtidas devem ser objecto de análise e constitui um conjunto de dados susceptível de introduzir correcções na organização, de forma a adequá-la a uma maior garantia da satisfação da comunidade em que actua.

Esta interacção obriga a que aos doentes seja sempre dado conhecimento, em tempo útil, do seguimento das suas sugestões ou reclamações".[60]

Na realidade o utente tem o direito a apresentar uma queixa verbal ou escrita acerca do funcionamento do Centro de Saúde, ou do seu Médico de família em particular, nos Gabinetes do Utente do Centro de Saúde, SubRegião de Saúde, Região de Saúde ou Ministério da Saúde, assim como a escolher ou a pedir para mudar de Médico de Família.

A este propósito tanto o Decreto-Lei n° 310/82 sobre as Carreiras Médicas,[68] no seu Capítulo III, artigo 20, ponto 3, alínea d) referia:

d)O utente pode, por pedido escrito apresentado no centro de saúde, transferir-se de lista, devendo o centro de saúde, neste caso, providenciar para que os médicos envolvidos procedam a troca de informação médica em condições de sigilo profissional.

como depois o Decreto-Lei n° 73/90 que o veio a substituir,[69] no seu artigo 20, ponto 1, alínea b) e d) refere:

b)A inscrição em lista obedece ao princípio da livre escolha do médico pelo utente, devendo privilegiar-se a inscrição familiar;

d)Quando ocorra mudança de médico, proceder-se-á à troca de informação médica em condições de sigilo profissional.

Também no Regulamento dos Centros de Saúde, no seu capítulo II, há referência a esta matéria, nos seguintes termos:

Artigo 13ª- *Direito dos utentes*

- alínea a) A livre escolha do médico assistente no Centro de Saúde, com as restrições impostas pelo limite dos recursos humanos e técnicos existentes

Artigo 14º- *Deveres dos utentes*

- alínea c) Acatar, sem prejuízo do direito de reclamação, as regras de organização e a disciplina interna dos Centros de Saúde, bem como as instruções do pessoal ali em serviço.

As instruções de Serviço, sobre esse Regulamento, esclarecem no seu capítulo XVII, ponto 4, que: "uma vez feita essa opção, só será concedida aos utentes a possibilidade de mudança de médico, mediante requerimento".

A partir de 1999, com a publicação do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril, da Presidência do Conselho de Ministros, os utentes dos Centros de Saúde, à semelhança de qualquer utente de outros serviços da Administração Pública, passaram a dispor de dois novos mecanismos de audição e participação: a caixa de sugestões e opiniões e o livro de reclamações. Este diploma, além de acolher um conjunto de disposições legais inovadoras, sistematiza um conjunto de áreas fundamentais na relação cidadão-administração, tão vastas e variadas como são o acolhimento e atendimento ao público, a comunicação administrativa, a simplificação de procedimentos, a audição de utentes, os sistemas de informação para gestão e a divulgação de informação administrativa.

Este Decreto-Lei inclui na sua justificação inicial algumas ideias sobre os direitos dos cidadãos que nos parecem de todo o interesse citar por extenso:

"...As exigências das sociedades modernas e a afirmação de novos valores sociais têm conduzido, um pouco por todo o mundo, ao aprofundamento da complexidade das funções do estado e à correspondente preocupação de defesa dos direitos dos cidadãos e respeito pelas suas necessidades face à Administração Pública.

A resposta pronta, correcta e com qualidade, que efective direitos e viabilize iniciativas, não se compadece com processos e métodos de trabalho anacrónicos e burocráticos, pouco próprios das modernas sociedades democráticas, que devem superar conflitos de valores da tradicional cultura administrativa, face às imposições dos actuais ritmos de vida e à aspirações cada vez mais exigentes do cidadão, cliente do serviço público. ..."

Neste mesmo Decreto-Lei, mais adiante no seu Capítulo V, sobre "Mecanismos de audição e participação" surgem os artigos 36 e 38 que se referem respectivamente à Caixa de Sugestões e Opiniões e ao Livro de Reclamações (Anexo3).

No Diário da República, I série-B, nº 123, de 28.5.97 foi publicada a Portaria nº 355/97, através da qual se divulgou o modelo do Livro de Reclamações a que se refere a Resolução do Conselho de Ministros nº 189/96, publicada no Diário da República, I-série-B, nº 276, de 28.11.96.

O referido Livro de Reclamações é modelo exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, sendo os Serviços obrigados a adoptá-lo nos locais onde seja efectuado atendimento público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível.

As folhas do Livro de Reclamações dispõem de original e três vias destacáveis de cores diferenciadas. Nos casos de reclamações, no âmbito do Ministério da Saúde, utiliza-se o seguinte procedimento:

- Entrega ao utente da via verde;
- Envio, no prazo de cinco dias úteis, da via azul ao Gabinete do Sr. Ministro da Saúde;
- Envio, e, simultâneo, no prazo de cinco dias úteis, da via amarela ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Administração Pública e da Modernização Administrativa. A partir do seu Despacho de 24.7.98 esta via amarela passou a ser enviada directamente para o Secretariado para a Modernização Administrativa, organismo em que reside a Base de Dados de Gestão de Reclamações.

No prazo referido no número anterior os Serviços e estabelecimentos devem, sempre que tal se justificar, adoptar medidas rectificativas das situações objecto de reclamação. Na altura do envio das vias azul e amarela, as mesmas deverão ser acompanhadas da resposta dos Serviços e Estabelecimentos face à referida reclamação, através de modelo próprio. Na mesma data, o reclamante deve ser também informado, pelo Serviço ou Estabelecimento, da resposta que recaiu sobre a reclamação apresentada, através do mesmo modelo.

No 1º balanço que o Secretariado para a Modernização Administrativa apresentou sobre o Livro de Reclamações, ou Livro Amarelo conforme também é conhecido devido à sua cor, após 7 meses do seu funcionamento, tinham entrado 5.312 reclamações, sendo quase dois terços (66.9%) dos Centros de Saúde e Hospitais, estando os primeiros (37.1%) ligeiramente à frente dos Hospitais (32.2%). Dessas queixas, 46% referiam-se a atitudes incorrectas e má informação veiculada pelas auxiliares administrativas, enquanto 38% diziam respeito à falta de médico na hora programada da consulta, sendo as infra-estruturas a fonte das restantes queixas dos utentes. Os actos médicos em si não foram mencionados de uma forma negativa pelos utentes. Os distritos mais atingidos foram: Lisboa (35.5%), Faro (11.6%), Porto (11.2%) e Aveiro (9.4%).[70]

Em 2000 e 2001 o Gabinete do Utente do Centro de Saúde São João, local onde se realizou o nosso trabalho de investigação, deu resposta a, respectivamente, 179 e 26 reclamações. No ano de 2000, 153 utentes reclamaram junto da Sra. Ministra da Saúde devido à possível extinção do Projecto Tubo de Ensaio, por inadequado financiamento do Ministério da Saúde.[24]

Satisfação dos utentes: conceito e dimensões

A Qualidade Total em Saúde implica compatibilizar e equilibrar as exigências, por vezes antagónicas ou conflituosas, entre as três diferentes dimensões da Qualidade: Qualidade para o Cliente, Qualidade Profissional e Qualidade de Gestão. [4,15,16,17,18,21,30]

Contudo, em muitos sistemas de saúde a qualidade é apenas vista nas perspectivas da Qualidade Profissional e da Qualidade de Gestão, não tendo ainda sido dada à perspectiva dos doentes uma completa legitimidade no sentido de avaliar a Qualidade dos Cuidados. As tendências recentes vão no sentido de realizar estudos de satisfação dos utentes que permitam documentar as suas experiências com os serviços e com os resultados dos cuidados prestados.[30]

Segundo alguns autores, a satisfação dos utentes deve ser considerada uma área de investigação importante na avaliação da Qualidade de cuidados prestados pelos sistemas de saúde e uma medida de resultados de cuidados de saúde. A satisfação dos utentes mantém geralmente fortes relações empíricas com vários indicadores dos processos de cuidados e dos resultados desses processos.[21-3, 30, 71-93]

Diferentes autores têm vindo a referir argumentos favoráveis à utilização de dados de opinião de utentes sobre a Qualidade dos cuidados de saúde prestados, dos quais destacamos os seguintes:

(i)A satisfação dos doentes materializa as suas próprias opiniões na escolha dos profissionais e dos serviços de saúde, embora tal nem sempre aconteça a nível dos indivíduos de baixo estrato sócio-económino;[30]

(ii) Sabe-se que a Qualidade dos cuidados de saúde é ainda geralmente determinada pelos profissionais e pelas administrações de saúde e que estes têm perspectivas diferentes no que diz respeito às noções de cuidados de qualidade, entre si e em relação às dos doentes.[76,77,79,91,92,94,95] Se não entrarmos em linha de conta com a perspectiva dos doentes podemos estar a esquecer aspectos da prestação de cuidados que são considerados importantes pelo consumidor destes mesmos cuidados.

Um estudo holandês verificou que os doentes davam maior prioridade ao tempo suficiente de consulta, à disponibilidade para consultas dentro de pouco tempo e ser-lhes dada informação detalhada sobre a sua doença, enquanto que os médicos tendiam a

colocar um maior ênfase na coordenação dos cuidados, nas consultas domiciliárias e na continuidade.[95]

Kurata e colaboradores realizaram um estudo com o objectivo de comparar a satisfação com os cuidados médicos e com a estimativa do tempo de espera entre os doentes e os prestadores de cuidados de 5 Centros de Saúde da Califórnia, nos Estados Unidos. Os níveis de satisfação com os cuidados médicos e com a acessibilidade apresentados pelos doentes eram superiores aos dos prestadores de cuidados. Em geral, 97% dos doentes e 89% dos prestadores de cuidados estavam satisfeitos com os cuidados médicos prestados nos centros de saúde, tanto a nível da qualidade técnica dos cuidados como da cortesia do pessoal. Aproximadamente 8% dos doentes e 22% dos prestadores de cuidados estavam insatisfeitos com o tempo de espera no consultório no dia da consulta e 11% dos doentes e cerca de 60% dos prestadores de cuidados estavam insatisfeitos com o tempo de espera entre a marcação e a consulta.[79]

Rashid e colaboradores realizaram um estudo com o objectivo de comparar a satisfação com a consulta entre os doentes e os médicos de um Centro de Saúde Urbano. Em geral os doentes estavam mais satisfeitos com a consulta do que os médicos. Os doentes e os médicos discordavam significativamente acerca da capacidade do médico para avaliar e pôr os doentes à vontade, para oferecer explicações e conselhos acerca do tratamento e para permitir a expressão de emoções e sentimentos, assim como acerca do benefício em geral que os doentes ganham com a consulta. Em todos estas situações de discordância os médicos tinham uma perspectiva mais negativa da consulta do que os doentes.[76]

(iii) Só consultando os doentes é que é possível desenvolver a Qualidade dos cuidados de saúde de acordo com as suas expectativas. Os doentes ao definirem e avaliarem a Qualidade e ao fornecerem informação que possibilite a outros avaliar essa mesma Qualidade podem contribuir para a garantia e melhoria da Qualidade;[30]

(iv) O principal critério para se garantir a melhoria contínua da Qualidade dos cuidados de saúde é satisfazer as necessidades dos doentes. O doente é o único competente para dizer se os cuidados que recebeu o ajudaram a melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida. Assim, a experiência dos doentes torna-se necessária à identificação de problemas de Qualidade e ao estabelecimento de critérios e "standards" nas áreas da

comunicação, da informação, da continuidade de cuidados e da sua coordenação no sistema de saúde, bem como ao fornecimento de dados de natureza comportamental ou relativos ao estado funcional de saúde, à qualidade de vida e ao cumprimento de regimes terapêuticos; [30,74]

(v) Os doentes podem ser as únicas fontes de dados ou os melhores juizes para avaliarem alguns aspectos dos cuidados de saúde, como p.ex a cortesia na comunicação e as relações interpessoais. [16,30] Não podemos esquecer que o doente, em especial o doente crónico, é o único que acompanha todo o episódio de prestação de cuidados no sistema de saúde.[96] Se considerarmos os doentes como peritos na avaliação da sua própria experiência com os sistemas de saúde, as informações obtidas junto deles podem desempenhar um papel fundamental como complemento da informação já existente;[30]

(vi) Segundo Morgan, citado por Fortuna,[16] proporcionar satisfação aos utentes é um requisito fundamental para o sucesso clínico, não só porque se trata de uma fonte importante de informação mas também porque é um método válido para identificar melhorias de Qualidade no processo de saúde;

(vii) Existem razões externas para medir a satisfação, como p. ex. o facto de os utilizadores dos serviços começarem a tomar as suas decisões com base no valor, que é uma mistura de custos e de qualidade. Também existem razões internas, como p. ex. a necessidade de avaliar e de procurar oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços, assim como de avaliar a eficácia da organização do ponto de vista do utente;[16]

(viii) As avaliações dos doentes desempenham um papel triplo nos cuidados de saúde:
- ao constituírem um juízo relativo à Qualidade dos cuidados prestados, envolvendo valores, experiências, expectativas e percepções dos doentes,
- ao serem consideradas como resultados em saúde que os prestadores dos cuidados pretendem atingir, ou seja indicadores de sucesso do seu desempenho profissional,
- ao serem vistas como indicadores dos aspectos dos cuidados passíveis de melhoria;[30,74,77]

(ix) Os doentes podem ser envolvidos em algumas das actividades necessárias à melhoria da Qualidade:
- ao definirem o nível desejado dos cuidados de saúde, os doentes podem ser úteis no estabelecimento de padrões e de protocolos para uma melhor prestação dos cuidados,
- ao fazerem sugestões, críticas e comentários em inquéritos ou em entrevistas, os doentes podem permitir a quantificação da discrepância existente entre o desejável e o obtido,
- ao melhorarem o diálogo com os organismos de saúde e ao transmitirem as suas necessidades de cuidados de saúde, os doentes podem contribuir para a melhoria da qualidade desses mesmos cuidados;[30]

(x) O custo de obtenção da opinião dos doentes é provavelmente menor do que o despendido na obtenção de dados dos registos clínicos ou através de outros métodos mais tradicionais de garantia de Qualidade.[30] Os questionários auto-preenchidos, utilizados na obtenção da opinião dos doentes, são-lhes fornecidos para que eles próprios os respondam e podem ser entregues pessoalmente (questionário auto-preenchido de entrega pessoal) ou através do correio (questionário auto-preenchido postal). Na realidade, os questionários auto-preenchidos são particularmente úteis para a recolha de informação relativamente honesta de uma grande amostra, de um modo rápido e económico; [97-100]

(xi) A aplicação de critérios e de metodologias científicas na avaliação da satisfação dos doentes tem vindo a contribuir para o desaparecimento de um dos seus mitos, ou seja que a satisfação dos utentes se tratava de uma noção pouco objectiva e dificilmente medida.[16] A informação obtida dos doentes pode ser muito exacta.[30] Linn, citado por Ferreira,[30] refere que as opiniões dos doentes relativas aos cuidados ambulatórios parecem ser as mais precisas, mas Goldfield, também citado por Ferreira,[30] adverte-nos que os doentes de um estrato sócio-económico médio parecem ter mais facilidade em recordar as suas experiências do que os de um estrato sócio-económico baixo;

(xii) Vários estudos têm demonstrado que os doentes satisfeitos têm uma maior aderência à terapêutica.[30,76,78,89] Sackett e Haynes e Haynes e col, citados por Smail,[101] reviram cerca de 800 artigos originais sobre a aderência à terapêutica prescrita ou a

conselhos fornecidos nas áreas preventivas ou da doença, com predominância destes últimos. Concluíram que uma série de factores não estavam correlacionados com a aderência à terapêutica ou a conselhos, como p.ex a gravidade dos sintomas, o tipo dos sintomas, a duração dos sintomas, a idade do doente, o sexo do doente, o prognóstico do médico sobre a aderência do seu doente. Contudo encontraram correlações com a satisfação do utente com o seu médico, para além de outras características do regime terapêutico prescrito pelo médico e do tipo de serviços prestados: continuidade de prestação de cuidados médicos, pouco tempo de espera pela consulta, organização adequada da unidade de saúde, vigilância médica contínua da terapêutica, encorajamento à auto-vigilância do utente e regime terapêutico simples;

(xiii) As queixas de má prática são mais frequentes em doentes insatisfeitos com os seus médicos do que em doentes satisfeitos com os seus médicos que experimentaram situações semelhantes.[76,102] As queixas indicam que no momento da reclamação a percepção dos doentes com a experiência do serviço é muito inferior às suas expectativas. Eliminar a insatisfação não significa necessariamente aumentar a satisfação. Na realidade, a redução da incidência das queixas é um bom objectivo para iniciar um Programa de Qualidade, mas não chega por si só, não é uma medida completa para caracterizar a Qualidade para o Cliente. A Qualidade é mais do que a satisfação do cliente, a qual por sua vez é mais que a ausência de insatisfação. Os doentes podem não estar insatisfeitos com um serviço mas isso não significa que estejam satisfeitos.[17]

(xiv) O estudo das prioridades dos utentes em relação aos cuidados de saúde deve complementar as perspectivas dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde acerca do que devem ser os cuidados de saúde. Na realidade o conhecimento das necessidades e dos quereres dos doentes relativos à Qualidade dos cuidados primários de saúde pode ajudar os gestores da saúde a determinar a qualidade dos serviços prestados, pelo menos na perspectiva dos utentes. A correlação entre as prioridades dos utentes e as características específicas dos serviços de saúde pode identificar problemas de Qualidade, conduzindo à manutenção de determinados aspectos dos cuidados ou à não atribuição de atenção particular a outros. Isto pode ser feito através do seguinte modelo teórico:

- a ausência num serviço de saúde de um aspecto específico dos cuidados de clínica geral, internacionalmente aceite, a que os utentes atribuem um elevado grau de priorização, pode ser considerado um problema de qualidade;
- a ausência num serviço de saúde de um aspecto específico dos cuidados de clínica geral, internacionalmente aceite, a que os utentes atribuem um baixo grau de priorização, deve ser alvo de pouca atenção;
- a presença num serviço de saúde de um aspecto específico dos cuidados de clínica geral, internacionalmente aceite, a que os utentes atribuem um alto grau de priorização, deve ser mantido;
- a presença num serviço de saúde de um aspecto específico dos cuidados de clínica geral, internacionalmente aceite, a que os utentes atribuem um baixo grau de priorização, deve ser mantido se for considerado como garantido pelos utentes ou deve ser ignorado se for considerado como menos importante pelos utentes.[72]

Com base nesta estrutura conceptual e com o objectivo de determinar os aspectos fortes e fracos da Clínica Geral Europeia, na perspectiva dos doentes, foram aplicados questionários a cerca de 3.540 cidadãos de 7 países Europeus (Alemanha, Dinamarca Holanda, Noruega, Portugal, Reino Unido e Suécia) e de Israel, no âmbito do Projecto EuroPEP.[72-5] Foram identificados alguns potenciais problemas de Qualidade nos diferentes países participantes: pouco envolvimento dos clínicos gerais em fornecer um serviço rápido em caso de emergência, fora das horas habituais de serviço, em Portugal; baixa realização de rastreios periódicos na Suécia, Noruega e Holanda; não ter os doentes incluídos numa lista e atribuídos a um médico de família específico, na Alemanha; os clínicos gerais não possuírem um papel formal de gatekeeper, na Alemanha e Suécia; o número reduzido de visitas domiciliárias, na Suécia.[72]

O Projecto European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EuroPEP), financiado no âmbito do Programa Biomed-II da União Europeia (1995-98), contou com uma série de investigadores dos países atrás referidos e, na sua última fase de implementação, com membros externos da Bélgica, Eslovénia, Espanha, Finlândia e Islândia. O Projecto consistiu em 4 grandes fases, interrelacionadas entre si:

- um estudo de prioridades (1994-95), no qual se documentaram e compararam as necessidades e os quereres dos doentes relativos à Qualidade dos cuidados primários nos países Europeus e se seleccionaram indicadores de alta Qualidade de cuidados a serem usados no instrumento EuroPEP, [72-5]
- um estudo de validação (1995-97), no qual, utilizando os indicadores seleccionados no estudo de prioridades, se desenvolveu um instrumento internacionalmente padronizado para avaliação dos cuidados primários, chamado EuroPEP,[74]
- um estudo final (1998-99) no qual se aplicou o instrumento EuroPEP e se identificaram aspectos específicos dos sistemas de cuidados e da prestação de cuidados primários, [74]
- uma base de dados da literatura referente às avaliações e aos estudos das necessidades e quereres dos doentes dos cuidados primários.[74]

Mas também existem outros autores que têm vindo a referir argumentos desfavoráveis à utilização de dados de opinião de utentes sobre a Qualidade dos cuidados de saúde prestados, dos quais destacamos os seguintes:

(i) Embora haja quem refira que as opiniões dos utentes podem ser influenciadas pelo número de análises e testes requisitados ou realizados, ou seja que os utentes podem considerar como indicadores dos níveis de Qualidade a quantidade e não a qualidade da investigação médica realizada, a pouca investigação já realizada nesta área não tem sido conclusiva;[30]

(ii) Outros alegam uma eventual discordância entre as opiniões dos médicos e as dos doentes relativamente a aspectos técnicos, demonstrada por alguma investigação já realizada.[76,77,79,91,92,94,95] Mas para estudarmos em profundidade este assunto seriam necessários "standards" e protocolos, o que se torna difícil dado que os já existentes não são universalmente aceites por todos os prestadores de cuidados. Teremos pois que nos resignar com a existência de perspectivas diferentes de um mesmo processo de prestação de cuidados;[30]

(iii) Há quem defenda que existem aspectos respeitantes aos cuidados técnicos que os doentes não são competentes para os julgar, ficando por vezes satisfeitos com cuidados indequados.[30] Para Kaim-Caudle,[103] um nível elevado de satisfação do doente não é necessariamente sinónimo de um "standard" elevado de cuidados clínicos. Segundo ele, o doente não é capaz de julgar a qualidade dos cuidados

que recebe nem a quantidade de cuidados de que necessita. O doente insatisfeito de um médico pode ter recebido cuidados melhores que o doente satisfeito do mesmo ou de outro médico. Roter, citado por Hjortdahl,[78] discorda desta opinião ao referir que a satisfação do doente também reflecte a competência técnica do médico.

(iv) Outros autores referem a existência de correlações entre os aspectos interpessoais dos cuidados de saúde e os valores das avaliações dos doentes em relação às componentes técnicas dos cuidados, ou seja que as avaliações dos doentes podem reflectir a simpatia com que foram recebidos pelos médicos.[30] De facto foram detectadas algumas correlações entre a relação médico/doente a as avaliações feitas pelos doentes, ou seja que os doentes se encontram muito satisfeitos quando há uma boa comunicação entre eles e que por outro lado quando existem problemas a nível dos aspectos interpessoais a satisfação dos doentes com os cuidados diminui, podendo mesmo conduzir à mudança de médico.[76,103-8]

Savage e colaboradores realizaram um estudo com o objectivo de comparar o efeito de um estilo directivo ou de um estilo participativo da consulta de Clínica Geral na satisfação dos doentes com a consulta de um Centro de Saúde do centro de Londres. O estilo da consulta parece influenciar a satisfação dos doentes, mas o seu efeito é mais evidente nas consultas com doentes com problemas físicos e com doentes que receberam uma prescrição. Os doentes que tiveram um estilo directivo da consulta apresentaram níveis significativamente superiores de satisfação em quase todos os aspectos. Isto foi mais evidente para doentes com problemas físicos e para doentes que receberam uma prescrição. Não existiram diferenças estatisticamente significativas nas respostas aos estilos directivo e participativo em consultas demoradas, naquelas em que o principal tratamento foi o conselho e entre doentes com problemas psicológicos ou crónicos.[107]

Contudo, Davies, citado por Ferreira,[30] refere que a manipulação dos aspectos interpessoais possui um efeito insignificante na valorização dos aspectos técnicos por parte dos doentes;

(v) Um dos problemas seria que as impressões dos utentes sobre a competência médica e as suas atitudes técnicas seriam influenciadas por diferentes características dos médicos.[16,109-13] Na realidade, um estudo realizado na Unidade de Educação de

Medicina Comunitária e Familiar de Granada, em Espanha, revelou que tanto os doentes do sexo masculino como os do feminino consultados por médicos do sexo feminino demonstravam mais satisfação do que os atendidos por médicos do sexo masculino.[109] Noutro estudo, realizado pela Universidade de Leicester no Reino Unido, com o objectivo de identificar as características dos centros de saúde, dos clínicos gerais e dos doentes relacionadas com os níveis de satisfação dos doentes com as consultas, a única característica dos clínicos gerais associada a níveis inferiores de satisfação foi o aumento da idade, enquanto que o sexo dos médicos não influenciava a satisfação.[112]

(vi) Outros autores referem que as opiniões dos doentes parecem estar mais relacionadas com as próprias características pessoais dos doentes do que com a Qualidade dos serviços prestados. De facto foram detectadas algumas correlações entre as características dos doentes e as avaliações que fazem, contudo segundo Linn, citado por Ferreira,[30] este enviesamento não é suficiente para invalidar as avaliações feitas pelos consumidores acerca da Qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Da literatura existente sobre as avaliações e os estudos das necessidades e quereres dos doentes de cuidados primários podemos extrair algumas conclusões acerca do modo como as características dos doentes ou dos centros de saúde podem influenciar a satisfação dos utentes em relação à prestação dos cuidados. Relativamente às características dos doentes que podem fazer variar o grau de satisfação dos utentes podemos referir as seguintes:

(i) idade – doentes mais velhos tendem a avaliar de uma forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais novos;[74,79,80,90,114-6]

(ii) habilitações literárias – doentes com maior nível educacional tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os doentes com menor nível educacional; [74,90]

(iii) estado de saúde - doentes que se sentem melhor de saúde tendem a avaliar mais positivamente os cuidados prestados do que doentes que se sentem mal ou menos bem;[74,78,114-8]

(iv) frequência das visitas – doentes que utilizam mais frequentemente os cuidados primários tendem a ter avaliações mais positivas do que os que frequentam menos;[74, 119]

(v) atitudes relativas à mudança de médico – doentes que consideram a hipótese de mudar de médico de família tendem a ter avaliações menos positivas em relação aos cuidados primários.[74]

Por outro lado, relativamente às características dos centros de saúde que podem fazer variar o grau de satisfação dos utentes podemos referir as seguintes:

(i) dimensão do centro de saúde – doentes de centros de saúde mais pequenos tendem a avaliar mais positivamente a clínica geral do que doentes de centros de saúde com maior número de médicos de família;[74,120,121]

(ii) sistema de marcações - doentes em centros de saúde com sistemas de marcação tendem a ter uma atitude mais positiva acerca da organização das consultas do que doentes em centros de saúde sem sistemas de marcação;[74]

(iii) sistemas de listas - doentes incluídos numa lista e atribuídos a um médico de família específico tendem a avaliar de uma forma mais positiva a continuidade de cuidados do que os doentes não incluídos numa lista de uma médico de família.[74,78,112,120,122-3]

A satisfação dos utentes consiste no modo como eles se apercebem dos serviços prestados e depende de duas ordens de factores:

- as expectativas conscientes e as suposições inconscientes - os utentes apercebem-se de um determinado aspecto do serviço porque já tinham expectativas conscientes ou suposições inconscientes, que são ou não alcançadas quando experimentam o serviço
- experiência com o serviço - muitas vezes os utentes não tomam consciência das suas expectativas ou suposições até experimentarem o serviço.

Podemos dizer que o utente está insatisfeito quando a sua experiência com o serviço está abaixo das suas expectativas e suposições, ou seja que a insatisfação dos utentes é o grau em que o serviço fica aquém das suas expectativas. Por outro lado, o utente está satisfeito quando a sua experiência com serviço supera as suas expectativas e suposições, ou seja que a satisfação dos utentes é o grau em que o serviço preenche as suas expectativas.[17,78,124,125]

Os utentes terão várias expectativas e suposições acerca dos diferentes aspectos do serviço de saúde. Existem 3 tipo de expectativas ou suposições:

- o que os utentes desejam do serviço, ou seja o que desejam receber do serviço por comparação com um ideal ou com um serviço semelhante
- o que os utentes realisticamente esperam do serviço, ou seja que tipo de serviço pensam que será prestado
- o que os utentes pensam necessitar.[17]

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através duma opinião. Enquanto atitude, a satisfação compreende aspectos afectivos, cognitivos e avaliativos e comportamentais. A satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter.[126]

Para Hunt, citado por Ferreira,[30] a satisfação não é o grau de agradabilidade da experiência, mas a avaliação de como esta experiência foi agradável segundo o que deveria ser ou se esperava que fosse.

Os estudos sobre perspectivas dos utentes podem ser classificados em três categorias distintas:[30,74-5]

- Prioridade ("Priority") – estudo sobre expectativas dos utentes, sobre necessidades e quereres dos utentes, incluindo preferências, prioridades e valores, ou seja sobre a importância de aspectos específicos de cuidados, encarados como expectativas normativas na perspectiva de um grupo alargado de utentes.
- Relatório ("Report") – estudo sobre relatos de experiências dos utentes em relação aos cuidados de saúde, envolvendo aspectos objectivos como sejam comentários, opiniões ou descrições de experiências proferidas pelos utentes
- Avaliação ("Evaluation") – estudo sobre avaliações dos utentes, incluindo juízos e satisfação, incidindo sobre aspectos subjectivos como sejam a forma como os cuidados prestados respondem às suas necessidades e às normas por eles aceites. Para Pascoe, citado por Hjortdhal,[78] a avaliação deve ser entendida como uma reacção aos aspectos salientes da estrutura, dos processos e dos resultados da

experiência com os cuidados de saúde, enquanto para Linder-Pelz, citado por Ferreira,[30] as avaliações podem referir-se a diferentes aspectos de uma consulta, de um episódio de cuidados ou a um prestador específico, a um centro de saúde ou a um sistema de saúde.

As prioridades dos utentes são padrões subjectivos de uma boa qualidade de cuidados e a satisfação dos utentes constitui um resultado importante da prestação desses mesmos cuidados. Os resultados dos estudos de prioridades podem permitir a interpretação dos resultados dos estudos de satisfação.[75] Foi levada a cabo uma revisão sistemática da literatura sobre as prioridades dos doentes nos cuidados de clínica geral, como parte do Projecto EuroPep. Os aspectos dos cuidados com uma taxa mais elevada referidos nessa revisão, citada por Coulter,[38] foram em primeiro lugar a humanidade, seguido pela competência/rigor, pelo envolvimento dos doentes nas decisões e pelo tempo para os cuidados.

Também no âmbito do estudo de prioridades do Projecto EuroPEP,[72-5] e com o objectivo de documentar e comparar as necessidades e quereres dos utentes relativamente aos cuidados primários de saúde nos países Europeus, foram aplicados questionários a utentes da Alemanha, Dinamarca, Holanda, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia e Israel, em pelo menos 12 centros de saúde de cada país, estratificados de acordo com a área e o tipo de centro de saúde. A nível geral foram preenchidos 3.540 questionários,[74] o que correspondeu a uma taxa média de resposta de 55%, enquanto que em Portugal foram preenchidos 290 questionários de utentes inscritos durante o mês de Junho de 1995 em 12 centros de saúde da zona centro, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 40%. A nível Nacional obteve-se uma informação sobre aquilo que os Portugueses esperam e valorizam na prática de Medicina Geral e Familiar, e que é por um lado um serviço rápido em caso de urgência e consultas a curto prazo em situações não urgentes, e por outro lado durante as consultas, um médico de família que ouça, fale e esclareça, que faça com que se sintam à vontade para contar os seus problemas, que forneça a informação necessária sobre a doença, o diagnóstico e os tratamentos e que garanta a confidencialidade da sua informação. Este estudo de prioridades evidenciou que utentes de culturas e sistemas de saúde diferentes apresentaram perspectivas diferentes sobre alguns aspectos dos

cuidados, embora escassas, tendo na maioria dos casos perspectivas comuns, especialmente em relação à comunicação com o Clínico Geral e á acessibilidade dos serviços.[72-5]

A satisfação dos utentes é influenciada por forças internas e externas ao serviço, como sejam as mudanças das expectativas e suposições dos utentes e as mudanças dos serviços, sofrendo alterações com o decorrer do tempo, ou seja, não é uma situação estática. Também não é um estado unitário mas sim um conjunto de diferentes facetas, algumas das quais provocam mais satisfação ou são mais aceitáveis do que outras.[17]

De acordo com a literatura, os cuidados médicos podem ser divididos em dimensões, aspectos e indicadores ou itens. Os indicadores ou itens são as perguntas usadas para descrever e explorar as dimensões e os aspectos. Na fase final do Projecto EuroPEP (1998-99), com o objectivo de documentar e comparar as avaliações que os utentes fazem acerca da qualidade dos cuidados primários nos países europeus, foi aplicado o instrumento EuroPEP a cidadãos da Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Holanda, Islândia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia, Suíça e Israel.[74] Este instrumento, construído com a finalidade de captar a satisfação dos utentes com os cuidados primários de saúde, contem um total de 23 indicadores ou itens distribuídos por 5 dimensões, cada uma delas contendo 2 a 4 aspectos, que a seguir se referem:

Relação e comunicação

- Tempo para cuidar
- Humanidade
- Detecção das necessidades dos doentes
- Envolvimento dos doentes nas decisões
- Privacidade dos doentes

Cuidados médicos

- Efectividade
- Competência / precisão
- Prevenção

Informação e apoio

- Tipo de informação
- Aconselhamento

- Estímulo à auto-ajuda

Continuidade e cooperação

- Continuidade
- Cooperação entre prestadores

Organização dos serviços

- Pessoal do Centro
- Organização das marcações
- Disponibilidade em caso urgentes. [74]

Wensing, citado por Ferreira,[75] apresentou uma taxonomia dos aspectos de cuidados de saúde, baseada numa lista holandesa de aspectos de cuidados e numa meta-análise de 57 estudos, na sua maior parte na área da clínica geral conduzidos nos Estados unidos (29 estudos) ou no Reino Unido (11 estudos). Esta taxonomia compreende 5 dimensões, cada uma delas contendo 3 a 5 aspectos, que a seguir se apresentam:

Disponibilidade e acessibilidade

- Tempos de espera para a consulta
- Flexibilidade dos médicos na consulta
- Acessibilidade pelo telefone ao médico
- Acessibilidade física e geográfica ao Centro de Saúde
- Acessibilidade financeira dos cuidados

Organização e cooperação

- Instalações
- Continuidade de cuidados
- Coordenação entre prestadores de cuidados
- Eficiência dos processos
- Disponibilidade de serviços especiais

Cuidados médicos

- Efectividade
- Carga para o doente
- Competência e precisão

Relação e comunicação

- Humanidade

- Pesquisa das necessidades do doente
- Envolvimento do doente nas decisões
- Tempo para a prestação dos cuidados
- Privacidade do doente

Informação e apoio

- Informação fornecida ao doente
- Estímulo para a adesão do doente ao tratamento
- Apoio emocional
- Apoio a familiares do doente.[75]

Wensing,[75] refere também que nem todos esses estudos incluem os mesmos aspectos dos cuidados médicos, dividindo-os em 3 grupos, de acordo com a sua frequência de utilização nesses trabalhos:

- frequência alta: fornecimento de informação, humanidade e competência / precisão dos prestadores de cuidados
- frequência intermédia: cuidados médico-técnicos, resposta aos quereres e necessidades dos doentes, envolvimento nas decisões, apoio emocional, flexibilidade dos médicos na consulta, acessibilidade física e geográfica, acessibilidade financeira e custos dos cuidados, continuidade de cuidados e disponibilidade de serviços considerados especiais
- frequência baixa: atenção pela privacidade dos doentes, acessibilidade pelo telefone e eficiência dos processos.

Hall e Dornan, citados por Ferreira[30,74] e por Cohen,[127] analisaram 221 estudos referentes a avaliações feitas pelos doentes sobre os cuidados médicos, na sua maioria conduzidos nos Estados Unidos (84%), sendo os de origem Europeia menos de 10%, e demonstraram também que os aspectos dos cuidados médicos não eram medidos de igual modo nesses estudos, dividindo-os em 2 grupos, de acordo com a sua frequência:

- mais frequentemente medidos: humanidade demonstrada pelo prestador de cuidados e informação prestada

- menos frequentemente medidos: problemas psicossociais, continuidade de cuidados e resultados.

Os mesmos autores, [30,74] referem que os doentes dos clínicos gerais são geralmente questionados em termos de precisão, humanidade, informação prestada e disponibilidade do médico e menos vezes em termos de autonomia dos doentes, continuidade de cuidados e acessibilidade.

Sobre este assunto Morgan, citado por Fortuna,[16] entende que os estudos de satisfação deveriam sempre incluir aspectos acerca da qualidade do serviço, da comunicação entre o médico ou outro prestador de cuidados de saúde e o doente, da acessibilidade e da conveniência.

Inquéritos sobre os Serviços de Saúde Portugueses

Num artigo de opinião sobre "O estado da saúde na cidade do Porto",[128] realizado em 1993, Fernando Gonçalves tece severas críticas à acessibilidade e à disponibilidade dos cuidados primários de saúde na cidade, nos seguintes termos:

"...O atendimento é francamente mau, na generalidade dos casos, mas os utentes não têm, ou não querem ter, capacidade de reivindicar mais e melhor. E por isso é vê-los a dirigirem-se quase de madrugada aos centros de saúde na expectativa de alcançarem, horas depois, uns poucos minutos de alguma atenção do clínico de serviço, que muitas das vezes se limita a receitar o que o doente lhe pede. Em caso de aflição, claro, o remédio é mesmo recorrer à Urgência . ...".

Na realidade, um estudo de opinião sobre os serviços de saúde na União Europeia em 1992 (Eurobarómetro) mostra que 71% dos inquiridos Europeus acham que, de um modo geral, a qualidade dos cuidados de saúde que a população recebeu é boa, enquanto que só 43% dos inquiridos Portugueses acham o mesmo. Por outro lado, 50% dos inquiridos Europeus acham que os serviços de saúde acessíveis ao cidadão médio são ineficientes e os doentes não são tratados tão bem quanto deveriam ser, enquanto que 80 % dos inquiridos Portugueses são da mesma opinião.[129]

Tal opinião está contudo em contradição com a dos habitantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo. No Inquérito de saúde dessa região, durante 1989/90, a cargo do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde cerca de 56.3% das pessoas com 15 ou mais anos (80.8% da população inquirida) manifestaram uma opinião favorável a respeito dos centros de saúde. [130]

A mesma opinião é corroborada pelo estudo sobre a "Imagem dos Serviços Públicos em Portugal",[131] realizado em 2001 pela Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado. Dos 1.048 inquiridos, 81% afirmaram ter utilizado o Serviço Nacional de Saúde, dos quais 66.6% manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos e 33.4 % nada satisfeitos. Os hospitais e os centros de saúde foram os serviços da Administração Pública a que os inquiridos mais recorreram, o que está de acordo com os resultados obtidos num estudo semelhante realizado em 1993. Segundo o estudo de 2001 os valores obtidos são assinaláveis quando comparados com outros Estados Europeus, como é o caso do Reino Unido onde os inquiridos em 2001 pelo Observatório British Social Attitudes revelaram que apenas 7% se mostrou muito

satisfeito e 40% considerou que o Serviço Nacional de Saúde Britânico funcionava de forma adequada.[131] Também uma sondagem Mori para a British Medical Association, levada a cabo em 2000, mostrou que o número de britânicos satisfeitos com os serviços de saúde é de 58%, em comparação com 72% obtido em idêntica sondagem levada a cabo em 1998. Na sondagem de 2000, 90% dos inquiridos entende que o Serviço Nacional de Saúde necessita de melhoramentos e que os culpados pela má qualidade dos serviços de saúde são, por ordem crescente de percentagem de inquiridos: os médicos (2% inquiridos), o aumento das expectativas (2%), as pessoas que abusam dos serviços (3%), os directores (16%) e o governo (44%).[132]

O European Trusted Brands 2002 é um inquérito das Selecções do Reader's Digest sobre atitudes dos europeus face a marcas e instituições, bem como ao grau de confiança nas profissões e nas políticas dos governos, cujos resultados têm vindo a ser divulgados na Revista Farmácia Saúde.[133] Segundo este estudo, em Portugal as profissões que os inquiridos declararam depositar muita ou bastante confiança são, por ordem decrescente de percentagem de respondentes: pilotos de aviação (86%), farmacêuticos (85%), enfermeiros (82%), médicos (78%), professores (71%), motoristas de táxi (47%), mecânicos de automóveis (37%), agentes de viagens (34%), advogados (30%), consultores financeiros (28%), construtores civis (23%), vendedores de automóveis (10%), agentes imobiliários (10%) e políticos (7%).

O estudo "O que os Portugueses pensam dos Serviços de Saúde" foi promovido pela Ordem dos Farmacêuticos e conduzido pela Metris GfK, tendo aplicado a mesma metodologia e o mesmo questionário utilizados num estudo idêntico promovido em 1999 pela Fundação Antero de Quental, e também conduzido pela Metris GfK, a fim de obter uma base de comparação. A amostra ficou constituída por 1.010 residentes em Portugal Continental, com 18 ou mais anos de idade, tendo a informação sido recolhida através de uma entrevista pessoal na residência dos inquiridos ou noutros locais, entre os dias 23 e 31 de Maio de 2002.[134-5]

A avaliação global da prestação dos serviços de saúde é, geralmente, positiva. A comparação entre os resultados dos dois estudos demonstra que há uma tendência comum a todos os serviços de obterem uma avaliação muito mais favorável do que em 1999. Em relação aos Hospitais do Estado as respostas de muito bom e de bom

evoluíram de 8.7% para 14.5% e de 22.8 para 36% e nos Centros de Saúde de 6.1% para 11,3% e de 25.2 para 35.3.

As avaliações negativas dos serviços dos serviços do Estado (hospitais e centros de saúde) são muito superiores às que merecem os serviços privados (farmácias, consultórios / clínicas médicos e centros de diagnóstico). Contudo, a matriz do estudo parece indicar que a prestação de serviços de qualidade (52% de bom e 35% de muito bom para as farmácias; 54.7 de bom e 33.3 de muito bom para os consultórios / clínicas privadas; 52.2% de bom e 23.1 de muito bom para os centros de diagnóstico) coincide com as frequências mais baixas de visitas, na condição de doentes, nos último 12 meses, com excepção das farmácias (85% visitaram as farmácias, 32.4 % os consultórios / clínicas privadas e 43.3% os centros de diagnóstico). Por outro lado, as apreciações mais desfavoráveis (12.8% de mau e 5.2% de muito mau para os hospitais; 11.5% de mau e 7.5% de muito mau para os centros de saúde) atingem os serviços com maior frequência de utentes (45.6% visitaram os hospitais e 65.6% os centros de saúde).

A queixa "tempo de espera" é a mais expressiva, tendo contrariado a tendência geral ao subir nos hospitais de 28% em 1999 para 38% em 2002 dos inquiridos e nos centros de saúde de 26% para 32%. Os utentes também reclamam pela "falta de qualidade no atendimento", tendo-se mantido nos hospitais nos 14% mas subido nos centros de saúde de 8% em 1999 para 12% em 2002. O indicador "desorganização" diminuiu acentuadamente nos hospitais (de 11% em 1999 para 4%) e nos centros de saúde (de 8% para 4%), havendo também sinais positivos nos centros de saúde relativamente ao número de médicos e à qualidade das instalações.

Também nos centros de diagnóstico, a principal queixa é o "tempo de espera", embora com valores mais baixos (14% em 1999 e 11% em 2002). Quanto aos consultórios médicos a principal queixa refere-se ao item "muito caro", embora tenha havido uma ligeira descida, de 38% em 1999 para 35% em 2002. Nas farmácias, nenhum item negativo apresenta expressão negativa, sendo que a resposta " nada a dizer" evolui favoravelmente nos últimos 3 anos (de 46% para 62%). [134-5]

Contudo, os resultados obtidos num estudo realizado em 1993 pela DECO (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor) sobre o sistema de saúde português, em comparação com outros países comunitários, revelaram que os portugueses vão menos ao médico, esperam mais tempo tanto entre o momento da marcação e o da consulta,

como no próprio consultório médico, e têm de pagar a maioria das consultas; por isso, o seu grau de satisfação também é menor.[136]

Este estudo, denominado " Cuidados da saúde em Portugal",[136] teve como ponto de partida uma pesquisa encomendada pela Comissão da Comunidade Europeia e abrangeu, além de Portugal, a Bélgica, a Itália e a Espanha.

Fizeram entrevistas a 2000 utentes de Portugal Continental com 15 anos ou mais, por 52 entrevistadores. A escolha dos entrevistados teve em conta vários elementos, como a idade, o sexo, a distribuição geográfica, o nível educacional, a actividade profissional, o estado civil e o número de membros do agregado familiar, de forma a tornar-se representativa. Essa amostra teve em conta os resultados do Censo de 1981 e outros dados posteriores fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística.
Os inquiridos referiam-se aos cuidados que tiveram durante os 12 meses imediatamente precedentes.

Apesar de ser o país com maior percentagem de consultas de clínica geral com marcação prévia (cerca de 70%) Portugal consegue exceder todos os tempos de espera.
O tempo médio de espera entre a marcação e a consulta de clínica geral supera, no sector público, os 15 dias, enquanto que no sector privado é de 8 dias; cerca dos 40% dos inquiridos declararam que preferem ter consultas de clínica geral mais cedo no sector público e 25% no sector privado.

O tempo médio de espera no consultório, no dia da consulta de clínica geral, supera no sector público 1 hora (70 minutos com marcação prévia e 65 minutos sem marcação prévia), enquanto que no sector privado é de 38 minutos (33 minutos sem marcação prévia). Paradoxalmente o tempo médio de espera é superior quando os utentes fazem marcação prévia.

Contudo, em nenhum dos outros países estudados as consultas de clínica geral são, em geral, tão demoradas como em Portugal. A duração média da consulta de clínica geral no sector público é de 19 minutos enquanto que no sector privado é de 24 minutos. Em Portugal, só metade dos utentes pagam as consultas de clínica geral no sector público, gastando em média 472$00 por consulta, tendo quase todos revelado pagar 300$00 por consulta, o que corresponde à taxa moderadora em vigor.

Nas consultas de clínica geral, no sector privado, 62% dos utentes pagam-nas, gastando em média 2725$00 por consulta.

Quanto à apreciação global, relativamente à sua satisfação com os recursos de saúde existentes, os utentes classificaram a clínica geral do sector público como " médio" e a do sector privado como " médio / bom".

Na clínica geral do sector público os utentes classificaram a acessibilidade do tratamento como " medíocre / médio ", o aspecto humano do serviço, a qualidade do tratamento propriamente dito e a qualidade da informação médica como " médio " e o pagamento das consultas e tratamentos como " médio / bom".

Citando ainda este estudo,[136] na clínica geral do sector privado os utentes classificaram o pagamento das consultas e tratamentos como " medíocre ", a acessibilidade do tratamento, o aspecto humano do serviço, a qualidade da informação médica como "médio/bom" e a qualidade do tratamento propriamente dito como "bom ".

Mais recentemente, com o objectivo de determinar a satisfação dos Portugueses com os centros de saúde, a DECO (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor) elaborou um questionário contendo aspectos como a acessibilidade, o tempo de espera para obter uma consulta, a relação médico de família / utente, a informação aos utentes, os serviços de urgência, a satisfação com o funcionamento do centro de saúde. A aplicação dos questionários decorreu durante os meses de Maio e Junho de 2000, tendo sido obtida uma amostra de 2.590 utentes, distribuídos por 376 centros de saúde.[137]

Os resultados desse estudo revelaram que a maioria dos Portugueses (52%) só utiliza serviços de saúde públicos (centros de saúde e hospitais), enquanto que 35% recorrem por vezes a serviços privados e só 13% utilizam exclusivamente serviços privados. Quando questionados por que razão preferem utilizar serviços de saúde privados, mais de metade (50.5%) dos inquiridos respondeu que nesses serviços o tempo de espera para obter uma consulta é inferior, para além de outras razões, por ordem decrescente da percentagem de respondentes: médicos mais atenciosos (40.9%), atendimento mais rápido (20.1%), melhores condições de tratamento / diagnóstico (18.4%), serviços administrativos mais competentes (14.9%), horários de funcionamento mais alargados (12.7%), já tiveram más experiências nos serviços de saúde públicos (9.6%), médicos mais competentes (8.5%) e maior conforto das instalações (8%).

De um modo geral, os centros de saúde situam-se perto da casa de cada um e o tempo que os utentes demoram a lá chegar é inferior a 15 minutos. A maior parte dos centros de saúde abre entre as 8 e as 9 horas da manhã e fecha entre as 6 e as 8 horas da noite. Segundo a experiência dos utentes, de 2ª a 6ª feira apenas 5% dos centros de saúde encerram à meia-noite e só 1.5% se encontram abertos 24 horas por dia. Também segundo os utentes, aos fins de semanas 82% dos centros de saúde estão encerrados aos sábados e 86 % aos domingos.

O tempo de espera para obter uma consulta é, por ordem decrescente da percentagem de respondentes: de um dia para o outro (8.3%), de 2 a 5 dias (20.6%), de 1 a 2 semanas (20.6%), de 2 a 3 semanas (14%), de 3 a 4 semanas (14.4%), de 1 a 2 meses (15.2%), mais de 2 meses (6.9%). Por outro lado, o tempo de espera entre a hora marcada e a hora em que foi atendido é, por ordem decrescente da percentagem de respondentes: menos de 5 minutos (1.2%), entre 5 e 15 minutos (5.2%), entre 15 e 30 minutos (12.3%), entre 30 e 60 minutos (27.2%), entre 1 e 2 horas (27.4%), mais de 2 horas (26.6%).

A comunicação ou a continuidade dos tratamentos entre os centros de saúde e os centros de diagnóstico ou os hospitais para onde os médicos de família enviam os seus utentes é deficiente, dado que mais de 20 % dos utentes esperam pelo menos duas semanas para realizar exames nos centros de diagnóstico, por indicação dos médicos de família, e cerca de 30% esperam pelo menos outras tantas semanas para obter os resultados dos mesmos; quase 40% esperam mais de um mês por uma consulta urgente no hospital, por indicação dos médicos de família, e cerca de 60% mais de 2 meses por uma consulta não urgente.

As razões que levam os utentes a recorrer às urgências hospitalares são, por ordem decrescente da percentagem dos respondentes: melhores condições de tratamento (42.9%), horário do centro de saúde muito reduzido (27.9%), profissionais de saúde mais eficientes (17,4%) e atendimento mais rápido (12.1%).

O grau de satisfação dos utentes, num máximo de 10, do médico de família versus médico privado revelou uma maior satisfação com o médico privado tanto a nível da satisfação em geral (6.3 para o médico de família / 8.3 para o médico privado) como a nível dos seus diferentes aspectos, sendo a facilidade de acesso ao médico de família a principal queixa dos utentes: facilidade de acesso (5.5 para o médico de família / 8 para o médico privado), tempo dedicado ao paciente (5.7/8.3), pontualidade / assiduidade

(5.8/7.5), informação fornecida (6.3/8.2), compreensão humana (6.8/8.2), possibilidade de explicar os seus problemas (6.8/8.3), competência (7/ 8.5).

O grau de satisfação dos utentes, num máximo de 10, com o funcionamento do centro de saúde revelou uma satisfação geral de 5.1, sendo os principais motivos de insatisfação os domicílios, as formalidades e o tempo necessários para obter uma consulta e o tempo passado nas salas de espera: serviços ao domicílio (3.4), tempo de espera antes de ser atendido (3.5), tempo de espera por uma consulta (3.9), formalidades para marcar consultas (4.3), serviços administrativos (4.5), atendimento telefónico (4.5), formalidades para obter atestados e receitas (4.9), condições das instalações (5.4), horários de funcionamento (6), serviços de enfermagem (6), acessibilidade (7.4).

O grau de satisfação dos utentes, num máximo de 10, com a informação fornecida pelo centro de saúde revelou uma satisfação geral de 4.5 e a nível dos seus diferentes aspectos, por ordem crescente do grau de satisfação: especialidades existentes (3,2), possibilidade de escolher o médico de família (3.4), serviços existentes (3.9), modo de marcação das consultas (4.5), horários dos médicos e enfermeiros (5.1), horário de funcionamento do centro de saúde (6.2).

O grau de satisfação dos utentes, num máximo de 10, com a comunicação com outros serviços de saúde revelou, por ordem crescente do grau de satisfação: consulta não urgente num hospital, por indicação do médico (2.9), consulta urgente num hospital, por indicação do médico (3.8), realização de exames num laboratório ou centro de RX (5.4), obtenção dos resultados dos exames (5,4).

Finalmente o grau de satisfação dos utentes, num máximo de 10, com os serviços de urgência dos centros de saúde revelou uma satisfação geral de 5.6 e a nível dos seus diferentes aspectos, por ordem crescente do grau de satisfação: tempo de espera para ser atendido (4.9), serviços administrativos (5.4), competência dos médicos (6.2), competência dos enfermeiros (6.4).[137]

Outro estudo mais recente,[138] levado a cabo pela Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, revela a existência de discriminação face aos utentes do Serviço Nacional de Saúde aquando da realização de exames de diagnóstico. Embora não paguem os exames prescritos, os utentes do SNS acabam por esperar mais, tanto pela realização como pela obtenção do resultado desses mesmos exames. Em contrapartida,

os indivíduos que estiverem dispostos a pagar do próprio bolso enfrentam prazos de espera mais curtos em ambas as situações (marcação e obtenção de resultados).

Esta situação foi verificada em 17 por cento da amostra do estudo, ou seja, em 35 clínicas convencionadas com a tutela, a Deco constatou que os exames foram antecipados quando os colaboradores da «Teste Saúde» se mostraram disponíveis para fazer o pagamento por inteiro do próprio bolso. Quanto aos períodos de espera no SNS, a Deco dá o exemplo da ecografia obstétrica: a utente pode ter de esperar cerca de 15 dias, sendo que em casos extremos, o período de espera pode ultrapassar o mês e meio. No caso da mamografia, o exame pode ser realizado no dia seguinte ou nos 66 dias subsequentes ao pedido de marcação.

Investigação sobre a Satisfação dos utentes

Morgan, citado por Fortuna,[16] refere que a insatisfação dos utentes em relação aos serviços de saúde se deve fundamentalmente a dois tipos de factores: tempo de demora de uma consulta ou de espera pelos resultados dos exames clínicos e informação deficiente relativa aos assuntos que interessam aos utentes.

Adrahi e colaboradores,[5] num artigo de revisão, referem como condicionantes da satisfação dos utentes dois tipo de factores: a acessibilidade aos serviços, em especial a existência de serviços a curta distância da residência ou do local de trabalho dos utentes e de serviços rápidos que gastem pouco tempo aos utentes; a qualidade da prestação de cuidados, que comporta para além do alívio rápido das queixas, ou da sua melhoria a curto ou a médio prazo, uma boa relação médico-doente.

Também Santos Lucas,[139] num artigo de opinião e debate, indicou algumas razões de insatisfação dos utentes face aos cuidados prestados nos centros de saúde: a falta de disponibilidade de acesso ao médico de família durante o fim de semana e em períodos pré e pós-laborais, a insuficiência em visitas domiciliárias, a dificuldade de marcação de consultas e o tempo de espera no dia da consulta, a falta de tempo que impede o médico de proporcionar ao doente a possibilidade de falar das suas preocupações e a falta de valorização das opiniões dos doentes.

Nesse mesmo artigo,[139] Santos Lucas enumera quatro grandes áreas determinantes para a satisfação dos utentes, bem como, para cada uma delas, os factores em que os utentes baseiam o seu juízo, e que são:

- saber médico - capacidades diagnosticas dos clínicos, tipo de problemas médicos com que o clínico parece saber lidar, probabilidade de cura de que se apercebem, tratamentos médicos utilizados, tecnologia médica empregue e competência dos outros profissionais do Centro de Saúde;
- competências relacionais do médico - preocupação demonstrada pelo médico em relação ao doente, disponibilidade do médico para comunicar com o doente ou a sua família, tempo despendido durante a consulta, resposta às necessidades emocionais do doente ou da sua família,

preocupação dos outros profissionais do Centro de Saúde com o doente ou a sua família;

- ambiente em que são atendidos – o utente ser capaz de localizar com facilidade o Centro de Saúde, dimensão e enquadramento exterior do edifício, estado de conservação do edifício e dos seus interiores (recepção, sala de espera e de consulta), limpeza e conforto das instalações e tipo de escadas e de elevadores;
- organização do trabalho - prestação eficiente do serviço, capacidade para obter uma consulta com rapidez, tempo gasto à espera do médico e tempo despendido para obter meios auxiliares de diagnóstico.

Borgiel e colaboradores,[113] num estudo de qualidade dos cuidados prestados em Medicina Familiar no Canadá, realizaram auditorias a 120 Unidades de Saúde seleccionadas aleatoriamente em Ontario, tendo recolhido comentários negativos acerca dos aspectos organizativos e do comportamento dos profissionais de saúde.

Vários estudos têm vindo a demonstrar que os utentes geralmente referem níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde prestados, com a excepção do tempo de espera.[16,30,71,74,79,81,103,124,140,141]

Costa e colaboradores,[71] com o objectivo de conhecerem a satisfação dos utentes em relação ao funcionamento de cada uma das componentes orgânicas do seu Centro de Saúde, aplicaram um questionário constituído por 2 perguntas do tipo aberto e 29 perguntas do tipo fechado, que deveriam ser respondidas com referência a uma escala tipo Likert de 5 pontos. O estudo compreendeu um censo de um dia, tendo sido inquiridos 212 utentes utilizadores maiores de 15 anos por um grupo de alunos da opção de Saúde do 9º ano de Escolaridade de uma Escola Secundária da região. Concluíram existir uma satisfação generalizada, havendo insatisfação unicamente com aspectos relacionados com a estrutura física (conforto das salas de espera) e aspectos organizativos (sistema de marcação de consultas, tempo de espera na sala e horário da sala de tratamentos).

Num estudo de satisfação dos utentes inscritos num Centro de Saúde, Kaim-Caudle e colaboradores da Universidade de Durham,[103] realizaram entrevistas no domicilio a uma amostra aleatória de 420 utentes com idade superior a 16 anos. O inquérito revelou

um nível elevado de satisfação dos utentes bem como uma atitude crítica, por uma parte substancial dos utentes, sobre alguns aspectos da organização do Centro de Saúde, como sejam algumas características do sistema de marcação de consultas e algum do trabalho levado a cabo pelos enfermeiros.

Kurata e colaboradores realizaram um estudo com o objectivo de comparar a satisfação com os cuidados médicos e com a estimativa do tempo de espera entre os doentes e os prestadores de cuidados de 5 Centros de Saúde da Califórnia, nos Estados Unidos. Em relação aos doentes, 97% estavam satisfeitos com os cuidados médicos prestados nos centros de saúde, tanto a nível da qualidade técnica dos cuidados como da cortesia do pessoal, embora 8% e 11% dos doentes estavam insatisfeitos respectivamente com o tempo de espera no consultório no dia da consulta e com o tempo de espera entre a marcação e a consulta.[79]

No seu estudo,[81] Dansky e colaboradores investigaram a relação existente entre, por um lado o tempo de espera no dia da consulta e duas técnicas para alterar essa percepção da espera, e por outro lado a satisfação dos utentes com os serviços de uma consulta hospitalar através da aplicação de modelos de regressão logística. A totalidade do tempo gasto na espera da consulta no Centro de Saúde, a informação dada aos utentes acerca do tempo que a sua consulta iria demorar e a ocupação dos utentes durante o tempo de espera pela sua consulta constituíram predictores estatisticamente significativos da satisfação do utentes.

Noutro estudo,[124] Thompson e colaboradores, investigaram a associação da satisfação dos utentes com a percepção e a expectativa em relação ao tempo de espera, em relação a uma amostra aleatória de 3.641 doentes atendidos num serviço de urgência hospitalar durante um ano. Foram inquiridos por telefone 1.574 doentes, 2 a 4 semanas após a ida ao serviço de urgência, tendo encontrado as seguintes associações estatisticamente significativas ($p < .0001$): os doentes estavam menos satisfeitos quando os tempos de espera tinham sido superiores às suas expectativas, estavam relativamente satisfeitos quando os tempos de espera tinham sido iguais às suas expectativas e estavam muito satisfeitos quando os tempos de espera tinham sido inferiores às suas expectativas.

A falta de tempo é uma preocupação que os utentes expressam frequentemente, mas o tempo real da duração da consulta não está muitas vezes associado com a satisfação dos utentes.

Cape,[141] com o objectivo de testar a hipótese de que a percepção da duração da consulta pelos utentes é influenciada não só pela sua duração real mas também por outros aspectos da sua experiência da consulta, estudou 160 utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, inscritos em 9 Centros de Saúde diferentes do Reino Unido. A duração real da consulta foi avaliada através de um gravador de som. Numa entrevista posterior os utentes deram uma estimativa da duração da consulta e completaram um questionário de satisfação. As consultas em que os doentes estavam mais satisfeitos pareceram-lhes terem demorado mais tempo, embora realmente não o tivessem sido. Neste estudo, a satisfação dos utentes com a consulta está relacionada com a sobre-valorização do tempo das consultas pelos utentes mas não com a sua duração real. Estes resultados estão de acordo com a hipótese de que a percepção da duração das consultas pelos utentes é influenciada não só pela duração real das mesmas mas também por outros aspectos da sua experiência da consulta, de tal modo que as consultas experimentadas como mais positivas são apercebidas como mais demoradas do que realmente foram.

Na década de 80 alguns autores realizaram análises e meta-análises de estudos sobre satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde. Pascoe, citado por Ferreira,[30] encontrou valores elevados de satisfação em todos os 46 estudos que analisou, o que revelava, em sua opinião, a existência de eventuais problemas metodológicos.

Outros estudos, já anteriormente referidos, têm vindo a demonstrar que os utentes geralmente referem níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde prestados, com a excepção do tempo de espera.[16,30,71,74,79,81,103,124,140,141]

Também Hall e Dornan, citado por Ferreira[30,74] e por Cohen,[127] na sua meta-análise de 221 estudos nesta área encontraram valores elevados de satisfação, embora os diferentes aspectos de cuidados médicos não tivessem todos a mesma classificação. Assim, os aspectos mais classificados em termos de satisfação eram a humanidade e a qualidade

técnica, enquanto que os menos classificados eram a atenção dos prestadores a outras necessidades dos doentes e à relação destes com o sistema em termos de continuidade de cuidados, acessibilidade, informação prestada e atenção dada aos problemas psicossociais.

Dos 221 estudos analisados por Hall e Dornan,[30,74,127] a maioria era de origem americana (84%), ao passo que menos de 10% correspondia a estudos realizados na Europa, principalmente no Reino Unido. Wensing, citado por Ferreira,[75] na sua meta-análise de 57 estudos sobre prioridades dos doentes referiram que a maior parte dos estudos foram realizados nos Estados Unidos (29 estudos) ou no Reino Unido (11 estudos).

Durante 1994 foram publicados cerca de 1000 artigos sobre satisfação dos doentes na literatura médica e de enfermagem dos Estados Unidos e do Reino Unido.[142]

Cartwrigth, na década de 60, foi a pioneira da investigação deste tipo de satisfação no Reino Unido, ao comparar os níveis de satisfação dos utentes de diferentes Centros de Saúde. Mais tarde, na década de 70, aparece um outro estudo sobre satisfação dos utentes, mas confinado a um determinado Centro de Saúde.[103] Nos anos 90, Baker, do Centro de Auditoria Clínica Nacional Eli Lilly, sediado no Departamento de Clínica Geral da Universidade de Leicester, foi o primeiro investigador Britânico a produzir dois instrumentos válidos e fiáveis para avaliar a satisfação dos utentes com os Centros de Saúde, designados por "Dialogue": um questionário relacionado com as avaliações dos utentes acerca dos serviços prestados pelo Centro de Saúde (Surgery Satisfaction Questionnaire-SSQ) e um outro só sobre a consulta médica (The Consultation Satisfaction Questionnaire).[77,80,120,143] Os dois questionários foram cuidadosamente construídos e apresentam a vantagem de ser breves. Contudo, Grogan e colaboradores, desenvolveram um outro questionário por entenderem que os questionários de Baker apresentavam duas grandes desvantagens. Por um lado, não avaliavam a satisfação dos utentes com as enfermeiras do Centro de Saúde e por outro lado, existiam 2 questionários, cada um deles dirigido a aspectos específicos do Centro de Saúde, podendo ser mais útil a utilização de um só questionário para avaliar todos os aspectos relevantes dos cuidados primários de saúde.[80]

Os autores que nos anos 80 realizaram análises e meta-análises de estudos sobre satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde observaram, para além de valores elevados de satisfação, que os diferentes instrumentos incluíam dimensões e aspectos diferentes de satisfação o que colocava questões relativas à comparabilidade da satisfação entre eles. Ainda constataram a dificuldade de extrapolação dos resultados dos estudos de satisfação em Medicina Geral e Familiar, tanto nos realizados nos Estados Unidos como nos Países Europeus, dado que os sistemas de cuidados primários de saúde Europeus diferem entre si e do Norte-Americano, não só a nível da organização mas também a nível do critério de capitação.[16,30,74,75]

Em relação às principais diferenças entre os sistemas de Saúde Europeus e o Norte-Americano, estas já foram abordadas anteriormente no capítulo da Qualidade e Ética.[51-6] Em relação à Europa, enquanto a Alemanha, a Bélgica e a Suíça têm um sistema de pagamento por serviço, a Dinamarca, a Grécia e o Reino Unido têm um sistema sem qualquer encargo para o doente. Na Dinamarca, Noruega e Reino Unido os cuidados são prestados pelo Estado e financiados pelos impostos, enquanto que nos restantes Países Europeus existem também sistemas pagos por terceiros. Na Alemanha e na Holanda existem fundamentalmente consultórios ou Centros de Saúde de pequenas dimensões, enquanto que no Reino Unido e em Portugal existem Centros de Saúde de maiores dimensões. Ao contrário dos restantes Países Europeus, na Alemanha e na Suécia os clínicos gerais não possuem um papel formal de "gatekeeper". Os países Europeus onde são utilizados os três tipos de pagamento em Medicina Geral e Familiar distribuem-se da seguinte forma:

Pagamento por capitação: na sua forma pura, na Itália, na Holanda e em combinação com o salário e o pagamento ao acto, na Áustria, na Dinamarca, na Finlândia, na Espanha e no Reino Unido

Pagamento por salário: na sua forma pura, na Hungria, na Suécia, em Portugal e em combinação com a capitação e o pagamento ao acto, na Noruega, na Finlândia, na Espanha e no Reino Unido.

Pagamento ao acto: na sua forma pura, na Bélgica, na Alemanha, na Suíça e em combinação com a capitação e com o salário, na Áustria, na Dinamarca, na Irlanda, na Noruega, no Reino Unido e na Finlândia.[30,72,74-5,144-6]

Na fase final do Projecto EuroPEP (1998-99), com o objectivo de documentar e comparar as avaliações que os utentes fazem acerca da qualidade dos cuidados primários nos países europeus, foi aplicado o instrumento EuroPEP a cidadãos da Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Holanda, Islândia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia, Suíça e Israel.[74]

Em Portugal foram preenchidos 714 questionários de utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, inscritos em 37 Centros de Saúde distribuídos por todo o país e estratificados de acordo com o tipo de urbanização da sua localização (menos e mais de 15.000 habitantes) e o seu tamanho (um ou mais do que um Médico de Família), o que correspondeu a uma taxa de resposta de 56%.

A nível Nacional a maioria dos utentes forneceu uma avaliação positiva dos cuidados. As dimensões dos cuidados de saúde primários que provocam mais satisfação aos utentes são a Relação e Comunicação, os Cuidado Médicos e a Informação e Apoio, dado que os seus indicadores ou itens obtiveram uma elevada percentagem de utentes a responder excelente. As dimensões que provocam mais insatisfação aos utentes são a Continuidade e Cooperação e a Organização dos Serviços, dado que os seus indicadores ou itens obtiveram uma baixa percentagem de utentes a responder excelente.

Em relação aos indicadores ou itens, todos obtiveram uma elevada percentagem de utentes a responder excelente, provocando por isso mais satisfação aos utentes, com excepção dos seguintes, por ordem crescente de % dos utentes que responderam excelente:

Tempo que esperou na sala de espera (10.2%), facilidade em marcar uma consulta que me sirva no Centro de Saúde (21.2%), apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos (22.8%), alívio rápido dos seus sintomas (28.0%), rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos (28.6%), facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde (30.1%), a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares (30.4%), facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família (30.6%). Os indicadores que acabámos de referir são os que obtiveram uma baixa percentagem de utentes a responder excelente, pelo que devem ser considerados como os que provocam mais insatisfação aos utentes. Todos eles estão incluídos nas 2 dimensões que provocam mais insatisfação aos utentes, a Continuidade e Cooperação e a Organização dos Serviços, com excepção do item " alívio rápido dos seus sintomas" que está incluído na dimensão Cuidados Médicos.[74]

Em relação aos resultados obtidos a nível Internacional pouca variação existe, dado que os aspectos que são avaliados positivamente num país também o são nos outros. Há porém uma tendência geral, em alguns países, para fornecer avaliações mais ou menos positivas, como por exemplo uma maior valorização:

- dos serviços preventivos e da informação disponibilizada pelos utentes ingleses e portugueses
- de aspectos da acessibilidade, como marcar uma consulta ou telefonar para o Centro de Saúde, pelos utentes alemães e suíços.[74]

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Efectuámos um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal de acordo com a classificação que tem vindo a ser mais utilizada a nível da investigação em clínica geral. [97,147]

O estudo compreendia um censo de uma semana, através da utilização de um instrumento de recolha de dados estruturado, contendo questões elaboradas ou adaptadas por nós, entregue pessoalmente aos utentes para que eles próprios respondessem, de acordo com as orientações de aplicação de questionários preconizadas por diferentes autores. [97-100,148-9]

Realizámos um inquérito de entrega pessoal à satisfação dos utentes com o Centro de Saúde e às motivações e às preferências na procura de Cuidados de Saúde Primários e no Serviço de Urgência, que decorreu em duas fases consecutivas: elaboração do questionário auto-preenchido e sua aplicação à população em estudo.

População em estudo

Definimos como população em estudo o conjunto de utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam inscritos no Centro de Saúde São João em 2002 e que eram utilizadores activos, ou seja aqueles que até ao momento da aplicação do questionário já tinham recorrido à consulta do Médico de Família pelo menos uma vez nesse ano.

Desenho do Questionário

Um questionário estruturado foi especificamente desenvolvido (anexo 1), tendo por base outros trabalhos já existentes nesta área,[77,80,143,150-2] e validado em estudos pilotos prévios conduzidos no Centro de Saúde de Espinho, de que resultou uma publicação,[153] e de um outro estudo piloto prévio conduzido no Centro de Saúde São João.[24]

Foram considerados três grupos de questões:

i) dados pessoais, com vista à caracterização da amostra, a uma possível comparação com outras populações e à determinação da sua influência nas outras variáveis, sob a forma de questões de resposta fechada e questões de resposta aberta.

A situação profissional tinha a inclusão de uma opção do tipo "outro(s) especifique", dado poder existir a possibilidade da lista das respostas não ser exaustiva. Para além desta variável, incluímos o sexo, a idade, a formação escolar e a frequência de utilização do Centro de Saúde.

Estas variáveis foram escolhidas por nós de um conjunto mais amplo de características pessoais potencialmente relacionadas com a satisfação global e com os diferentes aspectos do Centro de Saúde.[74,78-80,90,114-9]

ii) questões relacionadas com as motivações e as preferências na procura de Cuidados de Saúde Primários e no Serviço de Urgência. Incluímos 2 questões novas, elaboradas por nós, ambas com a inclusão de uma opção do tipo "outro(s) especifique", dado poder existir a possibilidade da lista das respostas não ser exaustiva.

iii) questões em que era pedida a opinião dos utentes sobre o Centro de Saúde, através de uma escala analógica visual de 0 a 100 (segmento de recta com 100mm), entre a Discordância Total (zero, ou seja 0 mm) e a Concordância Total (100, ou seja 100mm) com uma série de afirmações referentes a aspectos de acessibilidade, como por exemplo a deslocação até ao Centro de Saúde, a marcação e a espera pela consulta, a aspectos de estrutura física do Centro de Saúde, a aspectos de relações humanas e à satisfação global.

A escala analógica visual é utilizada para a medição de sentimentos, sensações, aspectos afectivos, estados de espírito, atitudes, valores e outras opiniões subjectivas.[149, 154-6]

Muitos estudos confiam em medidas subjectivas de sintomas, como por exemplo a dispneia, a dor ou a angina, ou em medidas da qualidade de vida como resultados primários do estado de saúde e por isso têm empregue escalas analógica visuais.[157-8]

Estas escalas consistem em segmentos de recta ancorados em cada lado pelos extremos da dimensão que está a ser medida, ou seja por adjectivos opostos, ao longo dos quais os respondentes colocam uma marca, um sinal distintivo, indicativo do seu estado ou da sua opinião.[149, 154-6]

As variáveis de satisfação dos utentes compreendiam nove questões "standard", que adaptámos de outros instrumentos de medida considerados válidos e fiáveis, os quais foram construídos para avaliar especificamente a satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde.[77,80,143,150-2]

A elaboração do questionário compreendeu várias fases até atingir a sua versão final:

- Numa 1ª fase fizemos uma revisão desta matéria em Livros de Texto de Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar e de Qualidade em Serviços de Saúde e uma análise da literatura em algumas publicações existentes na Biblioteca do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, das quais salientamos a British Jounal of General Practice, BMJ, Family Practice, Quality in Health Care, Revista Portuguesa de Clínica Geral, The Journal of Family Practice, The New England Journal of Medicine, The Practioner, Update. Depois continuamos a pesquisa nas referências bibliográficas encontradas e finalmente utilizamos a Medline com as palavras-chave "qualidade de cuidados" e "satisfação de consumidores / doentes" combinada com "Cuidados Primários de Saúde", " Clínica Geral" ou "Medicina Familiar".

- Numa 2ª fase seleccionamos alguns instrumentos de medida considerados válidos e fiáveis que tivessem sido construídos para avaliar especificamente a satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde.[77,80,143,150-2]

- Numa 3ª fase construímos uma 1ª versão do questionário, o qual entregamos pessoalmente a alguns profissionais de saúde do Centro de Saúde de Espinho (médicos, enfermeiros e administrativos). Com a finalidade de averiguar a especificidade e a actualidade dessas questões para os utentes a estudar houve uma troca informal de ideias acerca do assunto.

- Numa 4ª fase, com base na opinião emitida por esses profissionais de saúde construímos uma 2ª versão do questionário, que foi submetido a dois estudos pilotos com o objectivo do seu aperfeiçoamento em geral. Os estudos pilotos, conduzidos no Centro de Saúde de Espinho, foram constituídos por um primeiro censo de um dia e um segundo censo de uma semana, tendo sido este mais tarde publicado (3ª versão do questionário).[153]

- Numa 5ª fase, realizamos uma 4ª versão de questionário, que foi submetido a um estudo piloto, de um censo de uma semana, no Centro de Saúde São João.[24] Esta 4ª versão diferia da 3ª versão por não incluir 2 questões sobre satisfação que não se aplicavam ao Centro de Saúde São João, "estou satisfeito(a) com o serviço social deste Centro de Saúde" e " O médico que me atende é sempre o mesmo" e por clarificar uma das respostas da questão sobre locais de procura prioritários em situação de doença, ou seja alterar de " Ao Centro de Saúde" para "Só ao Centro de Saúde".

- Numa 6ª fase, com base no aperfeiçoamento levado a cabo pelo estudo piloto realizado no Centro de Saúde São João, realizamos a 5ª e última versão do questionário, que diferia da 4ª versão por termos alterado o sentido de 2 questões sobre satisfação, convertendo-as em afirmações positivas, tal como preconizado por outros autores.[159] As questões "Espero muito tempo neste Centro de Saúde, desde a altura em que chego, até ser atendido(a)" e "Gostaria de mudar de médico" foram alteradas respectivamente para "Espero pouco tempo neste Centro de Saúde, desde a altura em que chego, até ser atendido(a)" e para "Estou satisfeito(a) com o meu médico, não gostaria de mudar". Assim, em todas as questões de satisfação com determinados aspectos do Centro de Saúde uma resposta mais próxima do extremo

"Discordo Totalmente" significa insatisfação, enquanto que uma resposta mais próxima do extremo " Concordo Totalmente" significa satisfação.

Os alunos de Medicina auxiliaram na execução dos vários estudos pilotos e na aplicação do questionário no Centro de Saúde São João, na semana de 15 a 19 de Abril de 2002, ao distribuírem e supervisionarem a entrega dos questionários, ao tirarem dúvidas aos utentes ou ao ajudarem os utentes que não sabiam ler ou escrever a responder aos questionários. No Centro de Saúde de Espinho colaboraram os alunos que frequentavam nesse ano lectivo a Disciplina de Introdução à Medicina, enquanto que no Centro de Saúde São João colaboraram os que frequentavam nesse momento o Módulo Urbano da Disciplina de Medicina Comunitária. Em todas as situações a participação dos alunos só ocorreu depois de se terem realizado diversas reuniões para uniformização de critérios e de procedimentos.

Inquérito de entrega pessoal

Aplicamos o questionário estruturado, auto-preenchido, de entrega pessoal, de resposta anónima a um censo de uma semana, ou seja a todos os utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, que recorreram ao CS São João durante uma semana de selecção aleatória, ou seja de 15 a 19 de Abril de 2002.

O questionário era constituído por 2 páginas, apresentadas em 1 folha, e demorava cerca de 10 minutos a ser preenchido (Anexo 4).

O questionário podia ser entregue pelos administrativos na recepção, pelos Enfermeiros nas salas de tratamento ou de vacinas ou pelos alunos situados numa mesa na entrada do Centro de Saúde. À saída os utentes deveriam colocar o questionário já preenchido numa caixa selada, tipo urna, situada na recepção administrativa, como se de um boletim de voto se tratasse.

O questionário continha dum modo sucinto alguns aspectos relacionados com o estudo, como por exemplo o objectivo, a entidades promotora, o anonimato e o modo de preenchimento e de devolução do questionário.

Métodos de Análise estatística

Na análise estatística realizámos tabelas de frequência para todas as variáveis.

As variáveis de dados pessoais, nomeadamente o sexo e a formação escolar, foram apresentadas no questionário sob a forma de variáveis categóricas e incluídas nas tabelas de frequência também sob a mesma forma, sendo expressas em n e %. As categorias de cada uma dessas variáveis foram as seguintes:

- Sexo: masculino e feminino;
- Formação escolar: primária, secundária e superior.

A variável de dados pessoais, situação perante o emprego, foi apresentada no questionário sob a forma de uma variável categórica com três categorias (empregado / activo, desempregado e reformado), mas incluída nas tabelas de frequência sob a forma de uma variável categórica com 5 categorias (empregado / activo, desempregado e reformado, dona de casa e estudante), ou seja com as 2 categorias da variável profissão, que entretanto foi eliminada da análise estatística. Isto deve-se ao facto de querermos uniformizar as categorias da variável situação profissional com as que tem vindo a ser utilizadas nos Inquéritos Nacionais de Saúde.[130]

As variáveis de dados pessoais, nomeadamente a idade e a frequência de utilização do CS (assiduidade ao CS), foram apresentadas no questionário sob a forma de variáveis numéricas (contínuas) e transformadas em variáveis categóricas a fim de serem incluídas nas tabelas de frequência, sendo expressas em n e %. As categorias de cada uma dessas variáveis foram as seguintes:

- Idade: 18 aos 49 anos e 50 ou mais anos;
- Frequência de utilização do CS: 0 a 2 vezes, 3 a 6 vezes e mais de 6 vezes nos últimos 6 meses.

As variáveis locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde foram apresentadas no questionário sob a forma de variáveis categóricas, com 4 e 6 categorias respectivamente, e incluídas nas tabelas de frequência sob a mesma forma, sendo expressas em n e %.

As variáveis de satisfação dos utentes com o Centro de Saúde e com os seus diferentes aspectos foram apresentadas no questionário sob a forma de variáveis numéricas (contínuas), através de uma escala visual de 0 a 100, e incluídas nas tabelas de frequência sob a mesma forma, sendo expressas em mediana (ou percentil 50) e percentis 10 e 90.

A mediana e a média são medidas de tendência central. A média é a soma dividida pelo número de casos, ou seja a média aritmética, enquanto a mediana é o valor acima e abaixo do qual metade dos casos se encontram, ou seja o percentil 50. Optamos por expressar estas variáveis em mediana e não em média, devido à mediana não ser sensível a valores "outlying", valores extremos, ao contrário da média que pode ser afectada por alguns valores extremamente elevados ou baixos, mas também pelas distribuições das referidas variáveis não serem simétricas.

As variáveis de satisfação dos utentes com o Centro de Saúde e com os seus diferentes aspectos, para além da sua apresentação nas tabelas de frequência sob a forma de variáveis numéricas (contínuas), também foram apresentadas sob a forma de variáveis categóricas. As categorias dessa variável foram as seguintes, numa escala de 0 a 100:

- Discordo maioritariamente – respostas abaixo das 25 unidades
- Discordo parcialmente – respostas entre as 25 e 50 unidades
- Concordo parcialmente – respostas entre as 50 e 75 unidades
- Concordo maioritariamente – respostas acima das 75 unidades.

Para avaliar a significância estatística das diferenças entre grupos aplicámos os testes de Qui-Quadrado ou de Kruskall-Wallis, de acordo com as características das variáveis em análises e a sua distribuição.

Assim para avaliarmos a significância estatística das diferenças das variáveis locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde em relação ao sexo, idade, situação profissional, assiduidade ao CS e formação escolar utilizámos o Teste de Qui-Quadrado.

Em contrapartida, para avaliarmos a significância estatística das diferenças das variáveis de satisfação dos utentes com o CS e com os seus diferentes aspectos em relação ao sexo, idade, situação profissional, assiduidade ao CS, formação escolar, locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde utilizámos o Teste de Kruskall-Wallis.

Para avaliarmos a significância estatística das diferenças das variáveis de satisfação dos utentes com o CS e com os seus diferentes aspectos, sob a forma de variáveis categóricas, em relação aos locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde utilizámos o utilizámos o Teste de Qui-Quadrado.

Considerámos estatisticamente significativas as diferenças em que $p<.05$.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do SPSS®

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Dos 482 utentes que recorreram ao CS de São João, 92% *(n=445)* responderam ao questionário: 52% entre os 18-49 anos e 48% com idade $\geq$ 50 anos; 31% do sexo masculino e 69% do feminino; 36% frequentaram o ensino básico, 39% o secundário e 25% o superior; 43% eram empregados, 31 % reformados, 14 % desempregados, 7 % donas de casa e 5 % estudantes. *(Tabelas 1,2 e 4).*

Quando à frequência (assiduidade) com que os respondentes recorreram ao CS nos últimos 6 meses, sob a forma de variável categórica: 42% tinham recorrido 0 a 2 vezes; 47% 3 a 6 vezes e 11% mais de 6 vezes *(Tabela 3).* Sob a forma de variável numérica (contínua) a média foi de 3.92 com um desvio padrão de 4.45.

Locais preferenciais na procura de cuidados de saúde

Quando precisam de cuidados de um médico os utentes respondentes recorrem em primeiro lugar: 70 % só ao CS, 14% à "Urgência" de um Hospital depois de ir ao CS, 13% directamente a uma "Urgência" de um Hospital e 3 % a outro local *(Tabelas 1-4).*

Os que recorrem em primeiro lugar a outros locais referem fazê-lo do seguinte modo: 5 utentes solicitam os serviços de uma Clínica Privada (38%), 7 utentes dirigem-se ao Médico de Família Privado (54%) e 1 utente utiliza Contactos Médicos da sua própria Família (8%).

Tabela 1 - Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com o sexo e a idade (N=445)

	Total (N=445)	Sexo			Idade		
		Masculino (N=137)	Feminino (N=298)		18 aos 49 anos (N=225)	≥ 50 anos (N=210)	
	n (%)	n (%)	n (%)	*P**	n (%)	n (%)	*P**
Geralmente, quando preciso de cuidados de um médico, onde vou em primeiro lugar?							
Só ao Centro de Saúde.	304 (70)	91 (68)	205 (70)	0.077	139 (63)	159 (78)	**0.004**
À "urgência" de um hospital, depois de ir ao Centro de Saúde.	62 (14)	17 (13)	43 (15)		43 (19)	17 (8)	
Directamente a uma "Urgência" de um Hospital.	54 (13)	24 (18)	30 (10)		32 (14)	22 (11)	
Outro local.	15 (3)	2 (1)	13 (5)		8 (4)	7 (3)	
Geralmente, quando recorro ao Serviço de Urgência de um Hospital, é porque (principal razão):							
Sinto-me gravemente doente.	236 (61)	70 (60)	161 (61)	0.880	122 (59)	111 (64)	0.065
Porque nesse horário não posso recorrer ao Centro de Saúde.	76 (20)	20 (17)	54 (20)		50 (24)	22 (13)	
Não consegui consulta no Centro de Saúde.	17 (4)	5 (4)	12 (5)		9 (4)	8 (5)	
Desse modo consigo uma consulta rapidamente.	17 (4)	6 (5)	11 (4)		11 (5)	6 (3)	
Aí serei melhor examinado pelos médicos.	11 (3)	4 (3)	7 (3)		4 (2)	7 (4)	
Outra razão.	32 (8)	12 (11)	19 (7)		12 (6)	19 (11)	

*Qui-quadrado

Tabela 2 – Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com a situação profissional (N=445)

	Total (N=445)	Situação perante o emprego					
		Empregado(a) (N=184)	Reformado(a) (N=130)	Desempregado(a) (N=59)	Dona de casa (N=31)	Estudante (N=23)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	P*
Geralmente, quando preciso de cuidados de um médico, onde vou em primeiro lugar?							
Ao Centro de Saúde.	304 (70)	116 (64)	97 (76)	40 (70)	26 (84)	13 (57)	0.219
À "urgência" de um hospital, depois de ir ao Centro de Saúde.	62 (14)	33 (18)	14 (11)	7 (12)	2 (6)	4 (17)	
Directamente a uma "Urgência" de um Hospital.	54 (13)	22 (12)	14 (11)	9 (16)	3 (10)	5 (22)	
Outro local.	15 (3)	10 (6)	2 (2)	1 (2)	0 (0)	1 (4)	
Geralmente, quando recorro ao Serviço de Urgência de um Hospital, é porque (principal razão):							
Sinto-me gravemente doente.	236 (61)	94 (56)	67 (64)	35 (64)	16 (62)	16 (70)	0.578
Porque nesse horário não posso recorrer ao Centro de Saúde.	76 (20)	41 (24)	13 (12)	13 (23)	3 (11)	4 (17)	
Não consegui consulta no Centro de Saúde.	17 (4)	8 (5)	6 (6)	2 (4)	1 (4)	0 (0)	
Desse modo consigo uma consulta rapidamente.	17 (4)	8 (5)	4 (4)	0 (0)	3 (11)	2 (9)	
Aí serei melhor examinado pelos médicos.	11 (3)	4 (2)	4 (4)	2 (4)	1 (4)	0 (0)	
Outra razão.	32 (8)	13 (8)	11 (10)	3 (5)	2 (8)	1 (4)	

*Qui-quadrado

Relativamente a este aspecto foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade *(p=.004)* e à formação escolar que frequentou *(p=.001)*:

- *os utentes com 50 ou mais anos (os mais idosos)* tendem a dirigir-se em primeiro lugar ao CS quando precisam de cuidados de um médico do que os *utentes dos 18 aos 49 anos (os mais novos)*: dos utentes dos 18 aos 49 anos 63 % dirigiram-se em primeiro lugar ao CS, enquanto que dos utentes com 50 ou mais anos cerca de 78% dirigiram-se em primeiro lugar ao CS *(Tabela 1)*;
- *os utentes com formação escolar primária ou secundária* tendem a dirigir-se em primeiro lugar ao CS quando precisam de cuidados de um médico do que *os utentes com formação escolar superior*: dos utentes com formação escolar superior 59% dirigiram-se em primeiro lugar ao CS, enquanto que dos utentes com formação escolar primária ou secundária respectivamente 73 e 74% dirigiram-se em primeiro lugar ao CS *(Tabela 4)*;
- *os utentes com formação escolar superior* tendem a dirigir-se em primeiro lugar a um outro local quando precisam de cuidados de um médico (Clínica Privada, Médico de Família Privado ou Contactos Médicos da sua própria família) do que *os utentes com formação escolar primária ou secundária*: dos utentes com formação escolar superior 10% dirigiram-se em primeiro lugar a um outro local, enquanto que dos utentes com formação escolar primária ou secundária respectivamente 1 e 2% dirigiram-se em primeiro lugar a um outro local *(Tabela 4)*.

Motivações relatadas na procura de cuidados de saúde

Entre os respondentes a principal razão que os leva a recorrer ao SU é: em 61% a sensação de gravidade da sua doença, em 20% não poderem recorrer ao CS no horário em que necessitam de cuidados médicos, em 4% porque não conseguem consulta no CS, em 4% porque dessa forma conseguem uma consulta mais rapidamente, em 3% por acharem que no SU são melhor examinados e em 8% por razões diversas *(Tabelas 1-4)*.

Relativamente a este aspecto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis pessoais *(Tabelas 1-4)*.

Tabela 3 - Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com assiduidade ao CS (N=445).

	Total (N=445)	Nos últimos 6 meses, quantas vezes recorreu a este centro de saúde?			
		0 a 2 vezes (N=175)	3 a 6 vezes (N=194)	Mais de 6 vezes (N=46)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	*P**
Geralmente, quando preciso de cuidados de um médico, onde vou em primeiro lugar?					
Ao Centro de Saúde.	304 (70)	117 (69)	135 (71)	31 (69)	0.553
À "urgência" de um hospital, depois de ir ao centro de Saúde.	62 (14)	28 (16)	23 (12)	6 (13)	
Directamente a uma "Urgência" de um Hospital.	54 (13)	17 (10)	27 (14)	7 (16)	
Outro local.	15 (3)	9 (5)	5 (3)	1 (2)	
Geralmente, quando recorro ao Serviço de Urgência de um Hospital, é porque (principal razão):					
Sinto-me gravemente doente.	236 (61)	93 (61)	106 (62)	20 (50)	0.201
Porque nesse horário não posso recorrer ao Centro de Saúde.	76 (20)	29 (19)	32 (18)	14 (36)	
Não consegui consulta no Centro de Saúde.	17 (4)	5 (3)	8 (5)	1 (2)	
Desse modo consigo uma consulta rapidamente.	17 (4)	11 (7)	4 (2)	2 (5)	
Aí serei melhor examinado pelos médicos.	11 (3)	5 (3)	3 (2)	1 (2)	
Outra razão.	32 (8)	10 (7)	19 (11)	2 (5)	

*Qui-quadrado

Tabela 4- Distribuição do local e dos motivos de procura prioritários em situação de doença, de acordo com formação escolar (N=445)

	Total (N=445)	Formação escolar (que frequentou)			
		Primária (N=143)	Secundária (N=157)	Superior (N=102)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	*P**
Geralmente, quando preciso de cuidados de um médico, onde vou em primeiro lugar?					
Ao Centro de Saúde.	304 (70)	103 (73)	114 (74)	59 (59)	**0.001**
À "urgência" de um hospital, depois de ir ao centro de Saúde.	62 (14)	16 (11)	24 (15)	16 (16)	
Directamente a uma "Urgência" de um Hospital.	54 (13)	21 (15)	14 (9)	15 (15)	
Outro local.	15 (3)	1 (1)	3 (2)	10 (10)	
Geralmente, quando recorro ao Serviço de Urgência de um Hospital, é porque (principal razão):					
Sinto-me gravemente doente.	236 (61)	73 (62)	84 (57)	55 (60)	0.722
Porque nesse horário não posso recorrer ao Centro de Saúde.	76 (20)	19 (16)	34 (23)	18 (20)	
Não consegui consulta no Centro de Saúde.	17 (4)	5 (4)	8 (5)	3 (3)	
Desse modo consigo uma consulta rapidamente.	17 (4)	6 (5)	4 (3)	6 (7)	
Aí serei melhor examinado pelos médicos.	11 (3)	4 (3)	3 (2)	4 (4)	
Outra razão.	32 (8)	12 (10)	14 (10)	5 (6)	

*Qui-quadrado

Satisfação dos utentes

De uma forma geral os utentes estão satisfeitos com o CS, *mediana de 89*, isto é metade dos utentes classifica acima de 89 o seu grau de concordância com a afirmação: "Em geral estou satisfeito com este C.S. " *(Tabelas 5) (Gráfico).*

Apontam grau de concordância semelhante com (medianas): satisfação com o tempo que demoram até conseguir uma consulta (85) e com o tempo que esperam no CS, desde a altura que chegam, até serem atendidos (86); facilidade de deslocação até ao CS (85); serviços prestados pelo CS (recursos humanos) - médicos (89), enfermeiros (88) e administrativos (87); instalações (87) *(Tabela 5) (Gráfico).*

Metade dos utentes classifica acima de 88 *(mediana 88)* o seu grau de concordância com 'Estou satisfeito(a) com o meu médico, não gostaria de mudar'. *(Tabela 5) (Gráfico).*

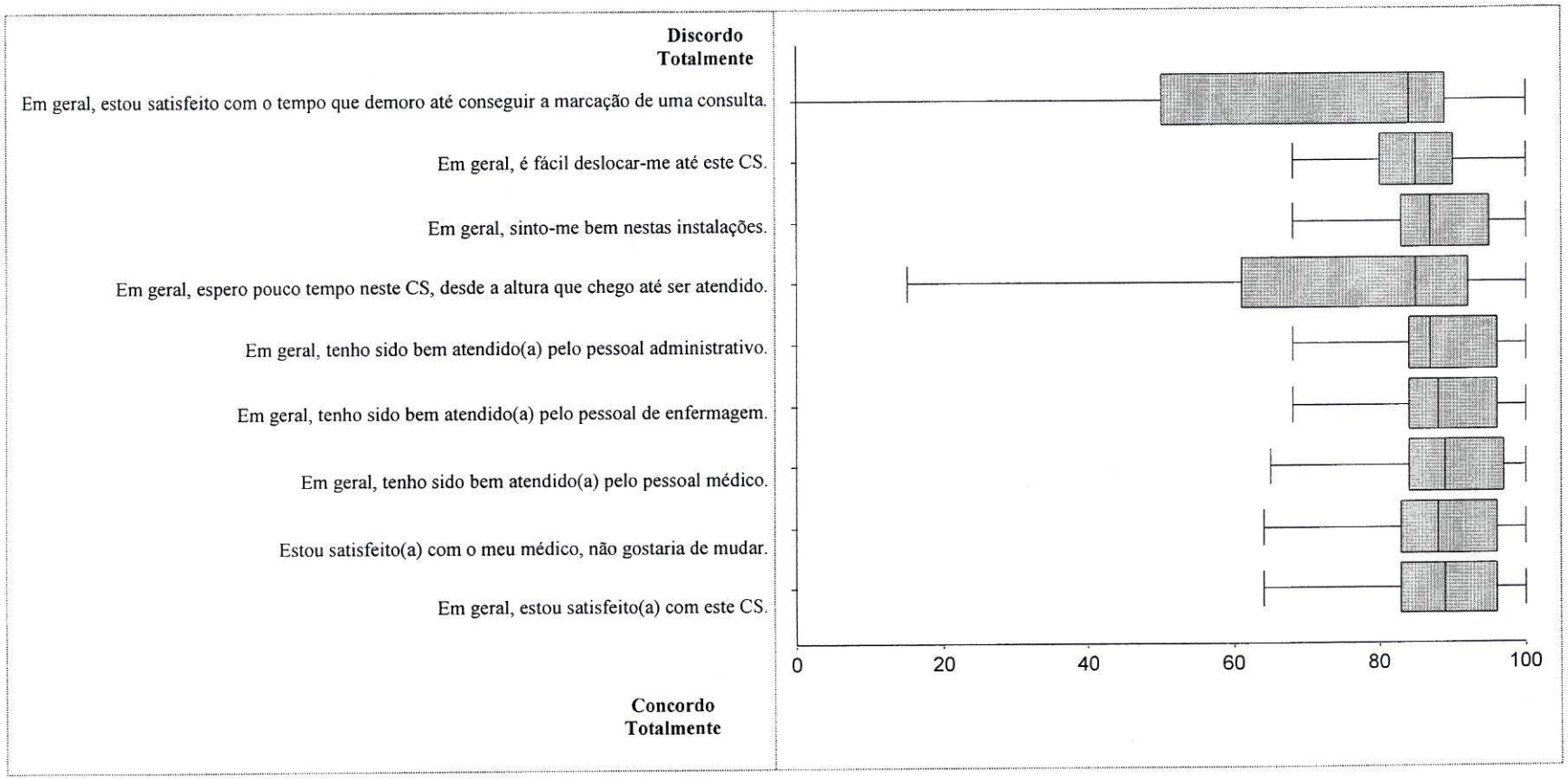
Todas as variáveis de satisfação dos utentes com o CS e com os seus diferentes aspectos apresentem não só valores elevados de medianas mas também de percentis 90: 10% dos utentes classifica acima de 99 o seu grau de concordância com 'Espero pouco tempo neste CS, desde a altura que chego, até ser atendido(a)' e com 'Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta' e nos 100% o seu grau de concordância com a satisfação em relação aos restantes aspectos *(Tabela 5).*

O mesmo não ocorre em relação aos valores dos percentis 10. Todas as variáveis de satisfação apresentam valores elevados de percentis 10, com excepção dos seguintes aspectos: 10% dos utentes classifica abaixo de 15 o seu grau de concordância com 'Espero pouco tempo neste CS, desde a altura que chego, até ser atendido(a)' e com 'Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta' e abaixo de 24 o seu grau de concordância com 'É fácil deslocar-me até este Centro de Saúde'. Isto significa que estes 10% de respondentes encontram-se muito insatisfeitos com esses três aspectos do CS *(Tabela 5).*

Tabela 5- Satisfação dos utentes com o Centro Saúde *(respostas dadas através de escala visual de 0 a 100, entre a Discordância Total e a Concordância Total com uma série de afirmações)* (N=445).

	Discordo Maioritariamente[1]	**Discordo Parcialmente**[2]	**Concordo Parcialmente**[3]	**Concordo Maioritariamente**[4]		
	n (%)	n (%)	n (%)	1(%)	Mdna*	(Per 10 ;Per 90)
Em geral,						
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	19 (4)	11 (2)	20 (5)	387 (89)	89	(74;100)
Estou satisfeito(a) com este Centro de Saúde	18 (4)	6 (1)	24 (6)	385 (89)	89	(73;100)
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	23 (6)	7 (2)	14 (4)	340 (88)	88	(67;100)
Estou satisfeito(a) com o meu médico, não gostaria de mudar	29 (7)	16 (4)	15 (3)	378 (86)	88	(47;100)
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	20 (4)	8 (2)	13 (3)	394 (91)	87	(77;100)
Sinto-me bem nestas instalações	21 (5)	11 (3)	18 (4)	383 (88)	87	(70;100)
Espero pouco tempo neste CS, desde a altura que chego, até ser atendido(a)	65 (15)	28 (6)	41 (10)	301 (69)	86	(15;99)
É fácil deslocar-me até este Centro de Saúde	45 (10)	25 (6)	31 (7)	334 (77)	85	(24;100)
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	72 (17)	36 (8)	29 (7)	291 (68)	85	(15;99)

1– numa escala de 0 a 100, respostas abaixo das 25 unidades;
2– numa escala de 0 a 100, respostas entre as 25 e 50 unidades;
3– numa escala de 0 a 100, respostas entre as 50 e 75 unidades;
4– numa escala de 0 a 100, respostas acima das 75 unidades;
Mdna= Mediana; C.S.= Centro de Saúde


Discordo Totalmente
Em geral, estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta.
Em geral, é fácil deslocar-me até este CS.
Em geral, sinto-me bem nestas instalações.
Em geral, espero pouco tempo neste CS, desde a altura que chego até ser atendido.
Em geral, tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo.
Em geral, tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem.
Em geral, tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico.
Estou satisfeito(a) com o meu médico, não gostaria de mudar.
Em geral, estou satisfeito(a) com este CS.
0
20
40
60
80
100
Concordo Totalmente

Esta situação é talvez melhor demonstrada quando analisámos os valores dos aspectos de satisfação sob a forma de variáveis categóricas. Assim, todas as variáveis de satisfação dos utentes com o CS e com os seus diferentes aspectos apresentam percentagens baixas de utentes referindo Discordar Maioritariamente com cada uma delas (7% ou menos), com excepção dos seguintes aspectos: 'Espero pouco tempo neste CS, desde a altura que chego, até ser atendido(a)' *(15%)*, 'Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta' *(17%)* e 'É fácil deslocar-me até este Centro de Saúde' *(10%)*. Estes respondentes encontram-se muito insatisfeitos com esses três aspectos. *(Tabela 5)*.

Relativamente a este aspecto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde pessoais *(Tabela 6)*, mas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, situação profissional, assiduidade ao CS e formação escolar *(Tabelas 7-10)*.

Com excepção da satisfação com 'É fácil deslocar-me até este CS', em que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o*s utentes com 50 ou mais anos* tendem a estar mais satisfeitos com os diferentes aspectos do CS do que *os utentes dos 18 aos 49 anos:* os utentes com 50 ou mais anos apresentam medianas superiores às dos utentes dos 18 aos 49 anos *(Tabela 7)*.

As donas de casa tendem a estar mais satisfeitos com o CS em geral e com as instalações e os recursos humanos do CS do que *os empregados, reformados, desempregados e estudantes:* as donas de casa apresentam medianas superiores às dos empregados, reformados, desempregados e estudantes *(Tabela 8)*.

Os estudantes tendem a estar menos satisfeitos com o tempo que demoram até conseguir uma consulta e com o tempo que esperam no CS, desde a altura que chegam, até serem atendidos do que *os empregados, reformados, desempregados e donas de casa:* os estudantes apresentam medianas inferiores às dos empregados, reformados, desempregados e donas de casa *(Tabela 8)*.

Tabela 6- Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância Total e a Concordância Total com uma série de afirmações) e as preferências e motivações na procura dos cuidados de saúde.

	Local* $p^{£}$	Motivos** $p^{£}$	Local* $p^{§}$	Motivos** $p^{§}$
Em geral:				
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	0.082	0.233	0.434	0.842
É fácil deslocar-me até este C.S.	0.334	0.882	0.225	0.728
Sinto-me bem nestas instalações	0.744	0.072	0.290	0.642
Espero pouco tempo neste C.S., desde a altura que chego, até ser atendido(a)	0.333	0.331	0.061	0.913
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	0.712	0.112	0.861	0.695
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	0.995	0.253	0.502	0.777
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	0.769	0.636	0.303	0.622
Estou satisfeito com o meu médico, não gostaria de mudar	0.919	0.119	0.750	0.251
Estou satisfeito(a) com este C.S.	0.921	0.132	0.243	0.690

*Local onde refere recorrer em 1° lugar em situação de doença; **Motivos referidos para a procura em 1° lugar do S.U. em situação de doença; §= kruskall-Wallis; C.S.= Centro de Saúde; £= Qui-quadrado

Tabela 7 - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) o sexo e a idade.

	Sexo					Idade				
	Masculino (N=137)		Feminino (N=298)			18 aos 49 anos (N=225)		≥ 50 anos (N=210)		
	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	*P**	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	*P**
Em geral:										
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	86	(14; 100)	84	(15; 99)	0.239	83	(14; 92)	86	(19; 100)	**<0.001**
É fácil deslocar-me até este C.S.	86	(46; 100)	85	(18; 100)	0.088	85	(45; 98)	86	(16; 100)	0.204
Sinto-me bem nestas instalações	88	(80; 100)	88	(55; 100)	0.857	86	(78; 100)	88	(57; 100)	**0.011**
Espero pouco tempo neste C.S., desde a altura que chego, até ser atendido(a)	86	(14; 98)	85	(16; 100)	0.346	84	(14; 97)	87	(31; 100)	**0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	88	(77; 100)	88	(77; 100)	0.470	87	(79; 100)	89	(67; 100)	**0.010**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	88	(80;100)	88	(53; 100)	0.513	88	(70; 100)	90	(59; 100)	**0.006**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	89	(79; 100)	89	(66; 100)	0.735	88	(76; 100)	90	(72; 100)	**0.019**
Estou satisfeito com o meu médico, não gostaria de mudar	88	(78; 100)	88	(35; 100)	0.982	88	(71; 100)	89	(40; 100)	**0.031**
Estou satisfeito(a) com este C.S.	88	(77; 100)	90	(72; 100)	0.246	88	(75; 100)	90	(70; 100)	**0.004**

* Mdna =Mediana; **kruskall-Wallis

Tabela 8 - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a situação perante o emprego.

	Situação perante o emprego										
	Empregado(a) (N=184)		**Reformado(a)** (N=130)		**Desempregado(a)** (N=59)		**Dona de casa** (N=31)		**Estudante** (N=23)		
	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	*P**
Em geral:											
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	83	(14; 92)	87	(26; 100)	85	(15; 94)	87	(15; 100)	70	(13; 92)	**<0.001**
É fácil deslocar-me até este C.S.	85	(45; 99)	87	(14; 100)	85	(30; 100)	89	(25; 100)	84	(13; 96)	0.121
Sinto-me bem nestas instalações	86	(78; 100)	90	(68; 100)	87	(81; 100)	95	(76; 100)	86	(13; 96)	**<0.001**
Espero pouco tempo neste C.S., desde a altura que chego, até ser atendido(a)	84	(15; 96)	86	(28; 100)	85	(12; 99)	93	(69; 100)	71	(11; 96)	**0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	86	(78; 100)	89	(68; 100)	87	(81; 100)	96	(85; 100)	87	(59; 96)	**<0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	87	(55; 100)	89	(57; 100)	91	(82; 100)	96	(82; 100)	88	(25; 97)	**0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	88	(77; 100)	90	(68; 100)	90	(82; 100)	95	(73; 100)	89	(26; 99)	**0.004**
Estou satisfeito com o meu médico, não gostaria de mudar	88	(71; 100)	89	(41; 100)	89	(82; 100)	92	(21; 100)	89	(48; 99)	0.238
Estou satisfeito(a) com este C.S.	88	(77; 100)	91	(70; 100)	89	(80; 100)	94	(85; 100)	89	(51; 98)	**<0.001**

* Mdna =Mediana; **kruskall-Wallis

Os utentes que recorreram mais de 6 vezes ao CS nos últimos 6 meses tendem a estar mais satisfeitos com o tempo que demoram até conseguir uma consulta do que os que recorreram *0 a 2 vezes ou 3 a 6 vezes ao CS*: os utentes que recorreram mais de 6 vezes ao CS apresentam mediana superior à dos que recorreram 0 a 2 vezes ou 3 a 6 vezes ao CS *(Tabela 9).*

Os utentes com formação escolar primária tendem a estar mais satisfeitos com todos os diferentes aspectos do CS do que os *utentes com formação escolar secundária ou superior*: os utentes com formação escolar primária apresentam medianas superiores à dos que utentes com formação escolar secundária ou superior *(Tabela 10).*

Tabela 9 - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a frequência com que recorre a este Centro de Saúde.

	Nos últimos 6 meses, quantas vezes recorreu a este centro de saúde?						
	0 a 2 vezes (N=175)		**3 a 6 vezes** (N=194)		**Mais de 6 vezes** (N=16)		
	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	*P**
Em geral:							
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	84	(14; 98)	84	(15; 99)	86	(39; 100)	**0.036**
É fácil deslocar-me até este C.S.	86	(31; 100)	85	(18; 99)	85	(38; 100)	0.176
Sinto-me bem nestas instalações	88	(70; 100)	87	(68; 100)	91	(78; 100)	0.282
Espero pouco tempo neste C.S., desde a altura que chego, até ser atendido(a)	86	(15; 99)	85	(20; 98)	87	(13; 100)	0.259
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	88	(72; 100)	87	(77; 100)	90	(78; 100)	0.270
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	88	(52; 100)	88	(53; 100)	91	(78; 100)	0.214
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	90	(60; 100)	88	(77; 100)	92	(79; 100)	0.386
Estou satisfeito com o meu médico, não gostaria de mudar	89	(35; 100)	88	(73; 100)	94	(77; 100)	0.297
Estou satisfeito(a) com este C.S.	89	(71; 100)	88	(73; 100)	94	(77; 100)	0.186

* Mdna =Mediana; **kruskall-Wallis

Tabela 10 - Relação entre a satisfação dos utentes com o C.S. (*respostas dadas através da escala visual de 0 a 100, entre a Discordância total e a Concordância Total com uma série de afirmações*) e a formação escolar.

	Formação escolar (que frequentou)						
	Primária (N=143)		**Secundária** (N=157)		**Superior** (N=102)		
	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	Mdna*	(P10; P90)	*P***
Em geral:							
Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta	88	(19; 100)	83	(14; 94)	84	(15; 90)	**<0.001**
É fácil deslocar-me até este C.S.	88	(16; 100)	85	(24; 99)	85	(46; 91)	**0.015**
Sinto-me bem nestas instalações	92	(70; 100)	87	(78; 100)	85	(50; 93)	**<0.001**
Espero pouco tempo neste C.S., desde a altura que chego, até ser atendido(a)	88	(48; 100)	85	(15; 95)	84	(15; 92)	**<0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo	94	(73; 100)	87	(78; 100)	86	(68; 93)	**<0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem	94	(77; 100)	87	(55; 99)	87	(79; 96)	**<0.001**
Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico	94	(74; 100)	88	(76; 100)	88	(79; 99)	**<0.001**
Estou satisfeito com o meu médico, não gostaria de mudar	93	(25; 100)	88	(72; 100)	88	(77; 99)	**<0.001**
Estou satisfeito(a) com este C.S.	94	(76; 100)	88	(76; 100)	86	(65; 96)	**<0.001**

* Mdna =Mediana; **kruskall-Wallis

DISCUSSÃO

MÉTODOS

Desenho do questionário

Quando pretendemos estudar atitudes, valores ou crenças de indivíduos podemos utilizar vários formatos de questionários: estruturados, não estruturados ou semi-estruturados. Nos primeiros a escolha das respostas é restrita dado que são pré-categorizadas, enquanto que nos segundos não existe nenhuma ordem e o investigador não está necessariamente à procura com exactidão da mesma informação de cada respondente.[99,100,149]

Nos terceiros, questionários semi-estruturados, tal como a designação sugere estão entre os outros dois, ou seja todos os respondentes obtêm as mesmas questões mas, como são questões de resposta aberta, qualquer um pode responder de modo diferente quanto à forma ou quanto ao conteúdo.[99,100,149]

Os questionários estruturados são os mais apropriados para a colheita de informação de uma população numerosa, de um grupo relativamente homogéneo cujos elementos tendem a partilhar das mesmas perspectivas e características gerais e sempre que os investigadores já tenham alguma informação sobre o assunto e sobre o tipo de respondentes que vão investigar, de modo que lhes permita saber o quê e como perguntar.[100]

Pareceu-nos pois adequado utilizar um questionário estruturado no inquérito de entrega pessoal dado dirigir-se a uma grande população, cujos utentes tendem a partilhar das mesmas perspectivas gerais e em que já existia alguma literatura sobre o assunto.[71,74,77,79,80,103,143,150-2]

Exceptuando as questões sobre dados pessoais, nos trabalhos que consultámos da literatura sobre satisfação dos utentes encontrámos a utilização só de questionários originais construídos directamente pelos autores, considerados válidos e fiáveis.[74,77,79,80103,143,150-2]

No nosso trabalho de investigação incluímos duas questões novas, elaboradas por nós, sobre os locais e os motivos de procura prioritários em situação de doença por parte dos utentes, assim como nove questões "standard", que adaptámos de outros instrumentos de medida considerados válidos e fiáveis, os quais foram construídos para avaliar especificamente a satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde. [77,80,143,150-2]

Os estudos pilotos prévios conduzidos no Centro de Saúde de Espinho, de que resultou uma publicação,[153] e de um outro estudo piloto conduzido no Centro de Saúde São João,[24] permitiram não só melhorar a estrutura e a clareza das questões "standard" existentes nesses outros instrumentos, adaptando-as aos objectivos e às características específicas dos respondentes do nosso estudo, mas também assegurar que as questões novas eram claras e produziam respostas adequadas.[149]

O uso de escalas analógicas visuais na medição de sentimentos, sensações, aspectos afectivos, estados de espírito, atitudes, valores e outras opiniões subjectivas não é uma inovação recente.[149, 154-6] A técnica foi descrita em 1921 por Hayes e Patterson e dois anos depois Freyd enunciava diversas vantagens na sua utilização: facilidade na administração e na interpretação, facilidade em ser entendida pelos respondentes, rapidez no preenchimento e na avaliação, não exigência de muita motivação por parte dos respondentes e possibilidade em fazer uma discriminação tão fina como a desejável, dado os avaliadores não terem restrições em termos quantitativos directos. Mais recentemente, Aitken (1969) reitera as vantagens destas escalas, em especial a escala analógica visual de 0 a 100. Já em 1968, Joyce referia que estas escalas reduziam a dificuldade em responder e a distribuição artificial entre respostas positivas e negativas. Alguns estudos recentes sobre qualidade de vida, publicados em 1992[157] e em 1995,[158] utilizaram estas escalas analógica visuais de 0 a 100.

Aplicação do questionário

Há dois métodos fundamentais para a recolha de dados acerca das atitudes, dos comportamentos, dos conhecimentos e da história pessoal dos indivíduos: questionários autopreenchidos e questionários preenchidos por entrevistas. Os questionários autopreenchidos são os que são administrados pelos próprios respondentes, enquanto que os questionários preenchidos por entrevistas são os que são administrados verbalmente por outrém.[97-100, 148-9]

Qualquer um dos dois métodos de recolha de informação está sujeito a cometer erros devido à memória imperfeita ou ao poder de observação limitado, ambos possuindo as suas próprias vantagens e desvantagens.

Existe uma maior probabilidade de obter respostas com uma qualidade, riqueza e perfeição superiores num questionário preenchido por entrevista do que num questionário autopreenchido.[97,100,148-9] Também existe uma maior probabilidade de recolher respostas mais completas, lógicas e apropriadas num questionário preenchido por entrevista do que num questionário autopreenchido.[97] Assim, as principais vantagens das entrevistas são:

- Clareza - o entrevistador pode clarificar as questões e evitar o problema da iliteracia
- Riqueza – o entrevistador pode obter respostas mais complexas e fazer observações acerca do aspecto e do comportamento do entrevistado
- Mais completo – o entrevistador pode minimizar as perguntas não respondidas ou as respostas inapropriadas
- Controlo – o entrevistador controla a ordem das questões.

As principais desvantagens das entrevistas são:

- Consomem muito tempo e dinheiro
- São influenciadas pela relação entre o entrevistador e o entrevistado
- Tornam difícil saber se o entrevistado está a dizer a verdade ou se está a tentar impressionar o entrevistador dizendo o que pensa que ele quer ouvir
- Permitem ao entrevistado poder dar respostas socialmente aceitáveis

- Não evitam que o entrevistado possa ter receio, vergonha ou não estar à vontade para responder com verdade a certas questões que podem eventualmente provocar sensibilidades, como por exemplo questões acerca do comportamento sexual ou dos rendimentos
- São inevitavelmente administradas de um modo um pouco diferente de cada vez que se realizam, muito embora os questionários das entrevistas possam ser estruturados ou semiestruturados.[97,100,148-9]

As entrevistas podem ser pessoais ou pelo telefone. Alguns estudos demonstraram que as entrevistas por telefone podem reduzir os custos associados ao dispêndio de tempo e de dinheiro para contactar as pessoas, arranjar locais e combinar datas e locais convenientes para ambos, mas apresentam três desvantagens: ausência do contacto pessoal, impossibilidade em observar a linguagem não-verbal e maior facilidade para as pessoas recusarem a entrevista.

As entrevistas pessoais podem ser realizadas nas unidades de saúde ou nas próprias residências ou noutras instituições, quando se tratam de doentes idosos, acamados ou pobres.[97,100,148-9]

Os questionários autopreenchidos são geralmente mais eficientes e uniformes e são particularmente úteis para recolher informação relativamente honesta de uma grande amostra, de um modo rápido e económico.

Assim, as principais vantagens dos questionários autopreenchidos são:

- Economia – reduzem o dispêndio de tempo por parte do pessoal
- Uniformização – reduzem os vieses provocados por diferenças na administração ou pela interacção com o entrevistador
- Anonimato - encorajam a taxa de resposta e a responder com verdade e com honestidade a questões que podem eventualmente provocar sensibilidades.[97,100,148-9]

Ponderando as desvantagens dos questionários preenchidos por entrevistas e as vantagens dos questionários autopreenchidos decidimos escolher este último método de recolha de informação para o nosso trabalho de investigação.

Os questionários autopreenchidos podem ser postais, quando são enviados por correio ao respondente, pedindo-se o seu reenvio também por correio, geralmente através de um envelope previamente selado (envelope RSF), ou de entrega pessoal, quando são entregues pessoalmente ao respondente.

Os questionários autopreenchidos de entrega pessoal podem ser realizados nas unidades de saúde ou nas próprias residências ou noutras instituições, quando se tratam de doentes idosos, acamados ou pobres. Após a entrega pessoal dos questionários autopreenchidos aos respondentes estes podem preenchê-los nesse mesmo local e entregá-los antes de o abandonar ou então podem preenchê-los noutro local e enviá-los posteriormente por correio. [97,100,148-9]

Os questionários autopreenchidos postais e os de entrega pessoal posteriormente enviados por via postal permitem ao respondente mais tempo para pensar nas suas respostas e para consultar registos pertinentes. Os questionários autopreenchidos de entrega pessoal permitem ao investigador clarificar as questões e rever as respostas de modo a certificar-se de que estão completas antes do respondente abandonar o local.[97,100,148-9]

Na literatura que consultámos sobre satisfação dos utentes em Cuidados Primários de Saúde alguns estudos referiam utilizar questionários preenchidos por entrevistas pessoais, realizados no Centro de Saúde [71] ou nos domicílios dos doentes,[103,151] ou por entrevistas telefónicas,[79] enquanto outros referiam utilizar questionários do tipo autopreenchido postal [80,151] ou do tipo autopreenchido de entrega pessoal. Neste último caso os questionários ou eram preenchidos e devolvidos no mesmo local onde tinham sido entregues [77,143,150,152] ou eram devolvidos mais tarde por correio.[74,152] *(Tabela 11)*

Tabela 11 - Alguns aspectos dos métodos de estudos sobre satisfação dos utentes em Cuidados de Saúde Primários, por ordem crescente do ano de publicação do estudo.

Autor(es) (Ano publicação)	Amostra em estudo	Questionário original
Kaim-Caudle PR, Marsh GN (1975)[103]	Aleatória do CS, para > 16 anos	Por entrevista pessoal no domicilio
Baker R.(1990)[143] Baker R (1991)[77] Dialogue (1992)[150]	Inclui um nº de doentes que consecutivamente, consultaram o médico, para ≥16 anos	Entrega pessoal no CS para o deixar preenchido antes de sair, anónimo
Costa ARM, Ferreira JL, Costa JM (1991)[71]	Censo de um dia no CS, para > 15 anos	Por entrevista pessoal
Kurata JH, Werblun MN (1992)[79]	Aleatória sistemática do CS, para > 18 anos	Por entrevista telefónica
Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P (1995)[80]	Aleatória sistemática do CS, para ≥ 16 anos	Postal
Poulton B (1996)[152]	Inclui um nº de doentes que consecutivamente, consultaram o médico /enf, para ≥16 anos	Entrega pessoal no CS para o deixar preenchido antes de sair ou para envio postal após preenchimento, anónimo
McKinlye R, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R (1997)[151]	Inclui um nº de doentes que consecutivamente, consultaram o médico	Postal ou entrevista pessoal no domicilio, anónimo
Lopes Ferreira P (1999)[74]	Inclui um nº de doentes que consecutivamente, consultaram o médico, para ≥18 anos	Entrega pessoal no CS para envio postal após preenchimento, anónimo

Todos os estudos que consultámos sobre esta matéria referiam garantir o anonimato nos questionários auto-preenchidos, mas em nenhum havia a garantia escrita de confidencialidade nos questionários preenchidos por entrevistas.[71,74,77,79,80,103,143,150-2] *(Tabela 11)*

Decidimos garantir no nosso trabalho de investigação o anonimato absoluto. Ao estabelecermos o anonimato no questionário auto-preenchido pretendíamos obter uma boa taxa de resposta e uma elevada garantia de qualidade e honestidade no preenchimento das questões. Esta nossa opção do anonimato absoluto conduziu à impossibilidade de identificar os não respondentes.[97]

Geralmente o investigador faz inferências relativamente à representatividade da amostra daqueles que responderam comparando por métodos estatísticos as características demográficas e profissionais conhecidas dos respondentes e dos não respondentes.[160] Neste caso, como desconhecíamos os não respondentes, se tivéssemos de realizar o seu estudo teríamos de o fazer de outro modo, como aliás já fizemos noutro estudo,[161] consumindo mais dinheiro e tempo ao pessoal.

Tínhamos de decidir qual dos três métodos de aplicação dos questionários autopreenchidos, atrás referidos, íamos adoptar.

Podíamos ter optado por seleccionar uma amostra representativa da população total inscrita no Centro de Saúde, ou seja uma amostra com características idênticas à totalidade da população em que o que fosse verdade para a amostra também o fosse para a população. Podíamos ter seleccionado essa amostra com base num dos diferentes métodos de amostragem existentes e depois de termos utilizado diversas técnicas estatísticas para calcular o seu tamanho ideal. Deste modo, conseguiríamos generalizar com uma certa razoabilidade os resultados da amostra para toda a população através de um processo que geralmente permite poupar mais dinheiro, tempo e trabalho do que o estudo de toda a população, assim como permite colher e analisar mais informação pormenorizada de cada um dos casos, já que incluímos um menor número deles.[97,100] Enviávamos a essa amostra um questionário autopreenchido por via postal, conjuntamente com um envelope RSF para fazer o envio das suas respostas.

Realmente na revisão bibliográfica que fizemos sobre alguns aspectos dos métodos dos estudos sobre satisfação dos utentes reparámos que os autores por vezes utilizavam

amostras aleatórias sistemáticas da população inscrita no Centro de Saúde,[79,80,103] e noutros casos amostras que incluíam um número determinado de utentes que consecutivamente consultavam o médico, ou seja utentes utilizadores activos. [143, 150-2] Só num estudo utilizaram um censo de um dia dos utentes utilizadores activos do Centro de Saúde.[71] *(Tabela 11)*

Tendo em consideração que não existiam custos directos com o pessoal que iria colaborar na aplicação do questionário autopreenchido (administrativos, enfermeiros e alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina), o método de aplicação do questionário autopreenchido por envio postal acarretaria duas grandes desvantagens:

- primeiro, sabemos que a taxa de resposta a um inquérito postal é geralmente inferior à obtida num inquérito por entrega pessoal,[100] ou seja que uma das grandes preocupações do investigador em relação aos questionários autopreenchidos postais é se existirá um taxa de resposta suficiente para justificar o estudo[149]
- segundo, existiria dispêndio de tempo por parte do pessoal na realização do "mailing" assim como custos decorrentes do envio postal do questionário autopreenchido.

Tendo em conta estas desvantagens decidimos não utilizar este método de aplicação do questionário autopreenchido, nem o outro método em que após a entrega pessoal do questionário autopreenchido aos respondentes estes podem preenchê-lo noutro local e enviado-lo posteriormente por correio, dado que também acarretaria custos para o reenvio do questionário, embora estes fossem menores do que os provocados por uma questionário autopreenchido por envio postal.

Decidimos então utilizar o método de aplicação do questionário autopreenchido em que após a sua entrega pessoal no Centro de Saúde aos respondentes, estes podem preenchê-lo nesse mesmo local e entregá-lo antes de abandonar o Centro de Saúde.[97-100,148-9] Como tínhamos a colaboração dos alunos do 6º ano de Medicina, este método possibilitava que eles emprestassem a este tipo de aplicação do questionário autopreenchido algumas das vantagens da aplicação de um questionário preenchido por entrevista, já atrás referidas, como sejam obter respostas mais claras e mais completas, assim como propiciar uma melhor taxa de resposta ao questionário.

Finalmente decidimos aplicar esse questionário estruturado, auto-preenchido, de entrega pessoal, de resposta anónima a um censo de uma semana, ou seja a todos os utentes utilizadores activos que recorressem ao Centro de Saúde São João durante o período de uma semana.

População em estudo

Definimos como população em estudo o conjunto de utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam inscritos no Centro de Saúde São João em 2002 e que eram utilizadores activos, ou seja aqueles que até ao momento da aplicação do questionário já tinham recorrido à consulta do Médico de Família pelo menos uma vez nesse ano.

A escolha dos utentes utilizadores activos para a população em estudo foi condicionada pelo método utilizado na aplicação do questionário autopreenchido, em que após a sua entrega pessoal no Centro de Saúde aos respondentes, estes podiam preenchê-lo nesse mesmo local e entregá-lo antes de abandonar o Centro de Saúde.

Decidimos incluir os utentes utilizadores activos com idade igual ou superior a 18 anos, tal como realizado no estudo EuroPEP em Portugal, [74] dado que é a partir dessa idade que os Portugueses atingem a maioridade, ou seja a idade fixada pela lei a partir da qual se entra legalmente no gozo dos direitos civis, muito embora o SINUS, o Programa Administrativo dos Centros de Saúde, só considere como adultos os utentes que têm idade igual ou superior a 19 anos.

Também na revisão bibliográfica que fizemos sobre alguns aspectos dos métodos dos estudos sobre satisfação dos utentes reparámos que os autores não utilizavam os mesmos critérios de idade para a inclusão dos utentes na população em estudo, os quais podiam ser utentes com idades superiores a 15 anos,[71] iguais ou superiores a 16 anos. [77,80,103,143,150,152] *(Tabela 11)*

Taxa de resposta

A investigação que tem vindo a ser realizada [97-100,148-9,160] sugere que os factores mais importantes que podem influenciar a taxa de resposta a um inquérito de entrega pessoal são:

(i) *relevância da área de investigação*, ou seja quanto maior é a identificação do respondente com o conteúdo do questionário maior é a possibilidade da taxa de resposta ser melhor (associação directa);

(ii) *perfil das entidades promotora e executiva da investigação*, ou seja quanto maior é a independência e o prestígio dessas entidades maior é a possibilidade da taxa de resposta ser melhor (associação directa);

(iii) *tipo de população a estudar*;

(iv) *pagamentos ou incentivos materiais*;

(v) *carta de introdução ao envio do questionário*. Esta carta deve informar o respondente acerca de quem está a realizar o estudo, o porquê e o valor do inquérito, como preencher e devolver o questionário e finalmente a garantia de confidencialidade ou anonimato;

(vi) *extensão do questionário*, ou seja quanto mais curto for menos tempo demora a preencher e maior é a possibilidade da taxa de resposta ser melhor (associação inversa);

(vii) *facilidade de preenchimento*, ou seja quanto mais claras forem as instruções do questionário e quanto mais fácil e rápido for o seu preenchimento maior é a possibilidade da taxa de resposta ser melhor (associação directa);

Relativamente aos três primeiros aspectos que referimos poderem influenciar a taxa de resposta - relevância da área, entidades promotora / executiva e tipo da população da

investigação - nada podíamos fazer no sentido de a melhorar. Quanto ao quarto aspecto, pagamentos ou incentivos materiais, não achávamos ético a sua utilização neste tipo de estudo, parecendo-nos que a única compensação com que poderíamos presentear todos os utentes da população em estudo seria, após a análise e selecção dos problemas de Qualidade encontrados neste Inquérito, desencadear vários Ciclos de Gestão e de Correcção de Qualidade, de modo a Assegurar Qualidade dos serviços prestados no Centro de Saúde de São João.

Nos restantes aspectos podíamos intervir no sentido de melhorar a taxa de resposta e fizemo-lo em relação a todos os referidos

RESULTADOS

Representatividade das amostras

A taxa de resposta considerada aceitável depende da existência de diferenças em relação aos resultados obtidos entre os respondentes e os não respondentes a um estudo.[98-100]

Na maioria dos casos os investigadores não estudam essas diferenças de resultados, mas utilizam outros tipos de estudos menos complicados e que consomem menos recursos económicos, de tempo e de pessoal. Geralmente aplicam os questionários de forma a poderem identificar os respondentes e os não respondentes bem como algumas das suas características demográficas e profissionais. Comparando entre si essas características e não encontrando diferenças significativas entre elas, os investigadores poderão então com uma certa razoabilidade considerar a amostra dos respondentes representativa do total da população e generalizar os resultados dessa amostra para a população em estudo. [98-100] A nossa opção de anonimato absoluto no inquérito de entrega pessoal conduziu à impossibilidade de identificar os não respondentes.

Todos os autores concordam que a taxa de resposta deve ser maximizada de modo a minimizar a magnitude de um viés dos não respondentes, ou seja uma taxa de resposta elevada permite ajudar a declarar a amostra como representativa da população em estudo. Considera-se que uma amostra é representativa quando tem características idênticas à da população total.[98-100] Na realidade, a taxa de resposta do inquérito de entrega pessoal de 92% permite declarar com uma certa razoabilidade que a amostra é representativa da população em estudo e também generalizar os resultados da amostra para toda a população.

Também a comparação das características ou dados pessoais, sexo e idade, entre utentes utilizadores activos do Centro de Saúde São João e utentes que responderam ao questionário auto-preenchido não revela quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre si, o mesmo já não acontecendo quando se comparam esses mesmos dados pessoais entre utentes inscritos no Centro de Saúde São João e utentes que responderam ao questionário auto-preenchido *(tabela 12)*.

Desta maneira podemos também declarar com uma certa razoabilidade que a amostra é representativa da população em estudo e também generalizar os resultados da amostra para toda a população.

Tabela 12 - Número de utentes do Centro Saúde São João, em relação ao sexo e à idade (%)

		Utilizadores à data de aplicação questionário *n= 5.451*	Respondentes ao questionário *n= 445*	p*	Inscritos à data de aplicação questionário *n= 16.041*	p**
Sexo				.246		<.01
	Masculino	1.866 (34)	137 (31)		6.784 (42)	
	Feminino	3.585 (66)	298 (69)		9.257 (58)	
Idade				.07		
	18 aos 64 anos	3.954 (72)	333 (76)			
	= ou > 65 anos	1.497 (28)	102 (24)			
Idade						<.01
	18 aos 49 anos		225 (52)		9.405 (59)	
	= ou > 50 anos		210 (48)		6.636 (41)	

* Comparação entre respondentes e utilizadores à data aplicação do questionário *(Qui-Quadrado de Pearson)*

** Comparação entre respondentes e inscritos à data aplicação do questionário *(Qui-Quadrado de Pearson)*

Dados pessoais

Os dados pessoais foram colhidos com vista à caracterização da amostra, à comparação com outras populações e à determinação da sua influência nas outras variáveis.

A frequência (assiduidade) com que os respondentes recorreram ao CS nos últimos 6 meses foi em média 3.92 vezes. Na literatura que consultámos sobre as avaliações e os estudos das necessidades e quereres dos doentes de cuidados primários, este valor não difere da frequência média de contactos com o Médico de Família / Clínico Geral nos últimos 6 meses, tanto a nível dos trabalhos realizados a cidadãos Portugueses (3.2 ou 3.3)[72,74-5] como dos trabalhos realizados a outros cidadãos Europeus: Dinamarqueses (3.4), Holandeses (3.6), Noruegueses (3.2), Britânicos (3.6 ou 3.85). Valores superiores a estes são os apresentados pelos Alemães (5.8) e inferiores são os apresentados pelos Suecos (2.2).[72, 162]

No nosso estudo, os utentes mais idosos *(utentes com 50 ou mais anos)* tendem a estar mais satisfeitos com a generalidade dos aspectos do Centro de Saúde do que os utentes mais novos (*utentes dos 18 aos 49 anos).*

Os estudantes *(utentes mais novos)* tendem a estar menos satisfeitos com o tempo que demoram até conseguir uma consulta e com o tempo que esperam no Centro de Saúde, desde a altura que chegam, até serem atendidos do que os empregados, reformados, desempregados e donas de casa.

Em contrapartida os utentes utilizadores frequentes *(os utentes que recorreram mais de 6 vezes ao CS nos últimos 6 meses)* tendem a estar mais satisfeitos com o tempo que demoram até conseguir uma consulta.

Finalmente, os utentes com menor nível educacional *(os utentes com formação escolar primária)* tendem a estar mais satisfeitos com todos os diferentes aspectos do CS.

Relativamente às características dos doentes e ao modo como podem fazer variar o seu grau de satisfação, da literatura existente sobre as avaliações e os estudos das necessidades e quereres dos doentes de cuidados primários não encontramos diferenças com os resultados obtidos no nosso estudo, tanto a nível da idade,[74,79,80,90,114-6] ou seja os doentes mais velhos tendem a avaliar de uma forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais novos, como a nível da frequência das visitas, ou seja os doentes que utilizam mais frequentemente os cuidados primários tendem a ter avaliações mais positivas do que os que frequentam menos.[74, 119]

Mas já encontramos diferenças a nível das habilitações literárias, dado que na literatura consultada os doentes com maior nível educacional tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os doentes com menor nível educacional.[74,90]

Locais preferenciais e motivações relatadas na procura de cuidados de saúde

Quando precisam de cuidados de um médico os utentes respondentes, na sua maioria, recorrem em primeiro lugar ao Centro de Saúde.

No nosso estudo, os utentes mais idosos *(os utentes com 50 ou mais anos)* e os utentes com menor nível educacional *(os utentes com formação escolar primária ou secundária)* tendem a dirigir-se em primeiro lugar ao Centro de Saúde quando precisam de cuidados de um médico

Os motivos que parecem levar os utentes a dirigirem-se ao Serviço de Urgência em primeiro lugar em situação de necessidade de cuidados médicos são a percepção individual de que estão gravemente doentes e aspectos de acessibilidade, nomeadamente não poderem recorrer ao CS no horário em que necessitam de cuidados médicos.

O resultados obtidos no nosso estudo não são muito diferentes dos obtidos num estudo recente sobre a satisfação dos Portugueses com os Centros de Saúde, levado a cabo pela DECO (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor). Nesse estudo as razões fundamentais que levam os utentes a recorrer às urgências hospitalares são melhores

condições de tratamento e aspectos de acessibilidade, nomeadamente horário do Centro de Saúde muito reduzido e atendimento mais rápido.[137]

Satisfação dos utentes

No nosso estudo, a satisfação dos utentes com o Centro de Saúde e com os seus diferentes aspectos apresentem valores elevados, contudo existem alguns utentes que se encontram muito insatisfeitos com três aspectos relacionados com a acessibilidade: a deslocação até ao Centro de Saúde, a marcação e a espera pela consulta.

Tais resultados estão de acordo com o demonstrado nos estudos que consultámos na literatura sobre satisfação dos utentes em cuidados primários de saúde e que consiste na existência de níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde prestados, com a excepção do tempo de espera.[16,30,71,74,79,81,103,124,140-1]

CONCLUSÕES

i) Os motivos que parecem levar os utentes a dirigirem-se ao Serviço de Urgência em primeiro lugar em situação de necessidade de cuidados médicos são a percepção individual de que estão gravemente doentes e aspectos de acessibilidade, nomeadamente não poderem recorrer ao Centro de Saúde no horário em que necessitam de cuidados médicos. Na realidade o Centro de Saúde São João só está aberto ao público nos dias úteis das 8-20 horas. Contudo só 13% e 3 % dos utentes recorrem em primeiro lugar em situação de necessidade de cuidados médicos respectivamente ao Serviço de Urgência e a outro local.

ii) Muito embora o Centro de Saúde continue a ser o local vocacionado para a prestação de Cuidados de Saúde de primeira linha, julgamos ser necessário implementar melhorias a nível do acesso aos cuidados de saúde, procedendo posteriormente à sua ampla divulgação junto dos utentes, como por exemplo o prolongamento da Consulta Aberta até às 23 horas nos dias úteis e durante alguns períodos de maior procura aos fins de semana. Este assunto tem sido ventilado por várias vezes pelo Conselho Directivo do Centro de Saúde São João junto das Autoridades de Saúde, mas até ao momento ainda não surgiram resultados positivos.

iii) De uma forma genérica os utentes parecem estar satisfeitos com o seu Centro de Saúde.

iv) Dez % dos utentes encontram-se muito insatisfeitos com "a facilidade de deslocação até ao Centro de Saúde". Isto parece dever-se ao facto da inscrição no Centro de Saúde São João ser aberta a todos os utentes que nele se queiram inscrever, independentemente da sua freguesia de residência. Em 2001, segundo dados do SINUS, 84% dos utentes inscritos no Centro de Saúde São João tinham área de residência limítrofe ao Centro de Saúde ou seja nas freguesias de Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória, enquanto que 16% viviam noutras freguesias do Porto ou noutros Concelhos.

v) Quinze e 17 % dos utentes encontram-se muito insatisfeitos, respectivamente, com "o tempo que esperam no Centro de Saúde, desde a altura que chegam, até serem atendidos" e com "o tempo que demoram até conseguir uma consulta". Estes problemas de qualidade, da área da acessibilidade, deverão ser seleccionados para desencadear vários Ciclos de Gestão e de Correcção de Qualidade, integrados num Programa para Estabelecer um Sistema para Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João, os quais devem incluir de um modo faseado diversos passos técnicos ou sociais: análise e selecção de um problema de qualidade; definir prioridades; desenvolver "Guidelines" ou critérios; selecção de indicadores; recolha de dados; análise dos dados e definição das melhorias; "feedback"; procura das resistências à mudança; selecção da intervenção; planificação da mudança; implementação da mudança; avaliação dos resultados e "follow up".

Será contudo necessário especificar convenientemente os diferentes passos, técnicos ou sociais, que iremos implementar neste Processo para Assegurar Qualidade, na área da acessibilidade.

Em primeiro lugar, iremos reflectir a nível do Conselho Directivo do Centro de Saúde São João sobre os resultados deste nosso trabalho, de modo a definir como aspectos da qualidade a tratar os dois principais problemas de qualidade, na área da acessibilidade, que foram postos em evidência, ou seja "o tempo que os utentes demoram até conseguir uma consulta" e "o tempo que esperam no Centro de Saúde, desde a altura que chegam, até serem atendidos" *(passo técnico).*

Em segundo lugar, iremos propor ao Conselho Directivo do Centro de Saúde São João a selecção do primeiro desses dois aspectos de qualidade, ou seja "o tempo que os utentes demoram até conseguir uma consulta", para tratamento prioritário . Isto deve-se ao facto de já ser possível medir e documentar as medidas de desempenho relativas a esse aspecto da qualidade, que posteriormente forem acordadas, através da monitorização da agenda da marcação de consultas do Programa Informática Clínico Higia. Para monitorizar as medidas do desempenho relativas ao "tempo que esperam no Centro de Saúde, desde a altura que chegam, até serem atendidos" ainda será preciso a criação de um software específico de recolha de dados da agenda da marcação de consultas do Programa Informática Clínico Higia *(passo técnico).*

Em terceiro lugar, iremos também propor ao Conselho Directivo do Centro de Saúde São João que considere a monitorização deste aspecto de qualidade, ou seja a observação do "tempo que os utentes demoram até conseguir uma consulta" em relação aos critérios e "standards", que posteriormente forem acordados, como um incentivo a incluir no cálculo dos vencimentos dos médicos do Centro de Saúde *(passo técnico)*.

Caso o Conselho Directivo do Centro de Saúde São João concorde com estas propostas, o passo seguinte consistirá em formular as características necessárias para a existência de cuidados de saúde de qualidade e que incluirá o estabelecimento de critérios e "standards" em relação a esse aspecto seleccionado. Isto será realizado através de várias reuniões de trabalho com os médicos do Centro de Saúde São João com o objectivo de obter um consenso nesta matéria *(passo social)*.

RESUMO

Qualidade Organizacional do Centro de Saúde São João - motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes

Introdução: Assegurar Qualidade é um processo de actividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objectivo da melhoria contínua dos "standards" de cuidados médicos. A definição inclui o conceito de Melhoria Contínua em vez de inspecção. O processo é cíclico, consistindo em três dimensões: os passos num Processo para Assegurar Qualidade (seleccionar problemas de Qualidade, desenvolver "guidelines", recolher e analisar os dados, planificar e implementar mudanças e fazer o "follow up"), o papel dos vários grupos profissionais envolvidos (Qualidade para o cliente, profissional e de gestão) e a gestão para Assegurar Qualidade (estruturas, políticas, prerequisitos e os diferentes níveis em que ocorre).

Objectivos: Avaliar os locais e as motivações dos utentes do Centro de Saúde (CS) São João na procura de cuidados de saúde e conhecer a sua satisfação global, bem como a sua satisfação com os diferentes aspectos do CS.

Metodologia: Questionário de auto-resposta distribuído a todos os utentes que recorreram ao CS São João durante uma semana (15 - 19 Abril 2002).

Resultados: Noventa e dois por cento dos utentes (n=445) responderam ao questionário. Quando precisam de cuidados de um médico, 70 % dos respondentes recorrem em primeiro lugar só ao CS, 14 % ao Serviço de Urgência Hospitalar (SU) depois de ir ao CS e 13% dirigem-se directamente ao SU. A sensação de gravidade da doença e a impossibilidade de recorrerem ao CS são as razões mais apresentadas para recurso ao SU. Relativamente aos locais preferenciais na procura de cuidados de saúde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de caracterização da amostra. De uma forma geral os utentes estão satisfeitos com o CS.

Conclusões: O CS parece ser o local vocacionado para a prestação de Cuidados de Saúde de primeira linha, mas julgamos necessário implementar melhorias a nível do acesso aos cuidados de saúde, dado que o CS São João só está aberto ao público nos dias úteis das 8–20 horas.

SUMMARY

Organizational Quality of São João Health Center – motivations in the health care demand and patient satisfaction

Introduction: Quality Assurance is a process of planned activities based on performance review and enhancement with the aim of continually improving standards of patient care. The definition includes the concept of Continual Improvement rather than inspection. The process is cyclical, consisting of three dimensions: the steps in the Quality Assurance process (selection of topics, setting guidelines, collection and evaluation data, identifying and implementing changes and follow-up), those involved (client, professional and management Quality) and the management of Quality Assurance (structures, policies, conditions and the different levels at which occurs).

Aims: To evaluate the health care services and the motivations in the health care demand of the São João Health Center's patients and to know their overall satisfaction and their satisfaction with all other aspects of the service provided by the Health Center.

Methodology: We used a self administered questionnaire to all the patients that went to São João Health Center during one week (15 - 19 April 2002).

Results: Ninety two % of the patients (n=445) answer the questionnaire. When they need medical health care, 70% of the respondents go in the first place only to the Health Center, 14% to the Emergency Department after going to the Health Center and 13% go directly to the Emergency Department. The perception of seriousness of the illness and the impossibility of going to the Health Center are the main reasons reported by the respondents to go to the Emergency Department. Relatively to the healthcare services that São João Health Center's patients go in first place when they need medical health care there are statistically significant differences with some personal characteristics of the respondents. In general patients are satisfied with the Health Center.

Conclusions: The Health Center is the health care service with more vocation to deliver the first line of the health care, but we think that is necessary to implement improvements in the access to the health care, considering that the São João Health Center is open to the public only in the week-days from 8 am to 8 pm.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Brook RH. *Managed Care Is Not The Problem, Quality Is.* JAMA 1997; 278(19)

2.Chassin MR. *Quality of Health Care Part 3: Improving the Quality of Care.* NEJM 1996; 1060-3

3.Laffel G, Berwick DM. *Quality in health Care.* JAMA 1992; 268 (3)

4.Donabedian A. *The Quality of Care How can It be assessed?* JAMA 1988; 260(12)

5.Adrahi WJ, Araújo FV, Correia EV, Luz AC. *A procura de cuidados – a resposta psicossocial à doença.* RPCG 1986; 14: 18 – 26

6.Baleiras S J, Ramos V. *A gestão da prática clínica pelo médico de família: VI-Acessibilidade e continuidade de cuidados.* Rev Port Clin Geral 1992; **9** (4):116-24

7.Fry J. *Primary Care.* 1ª ed. London: John Fry, 1980

8.Fry J, Gambrill E, Smith R. *Scientific foundations of family medicine.* 1ªed. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1978

9.McWhinney IR. *An introduction to family medicine.* 1ª ed. New York: Oxford University Press, 1981

10.Morrel DC. *An introduction to primary medical care.* 2ª ed. London: Churchill Livingstone, 1981

11.Pritchard P. *Manual of primary health care - its nature and organization.* 2ªed. Oxford: Oxford University Press, 1981

12.Barber JH. *General practice medicine.* 2ª ed. London: Churchill Livingstone, 1984

13.McWhinney IR. *A textbook of family medicine.* 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1989

14.Morrel D. *The art of general practice.* 1ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1991

15.Marwick J, Grol R, Borgiel A. *A framework for quality assurance.* Wonca 1992

16.Fortuna A M, Amado J, Mota C, Lima MR, Pinto M. *Avaliação da qualidade do Centro de diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica / Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.* Avaliação da Qualidade, 2001; 19(2): 55-80

17.Ovretveit J. *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services.* Blackwell Science, 1992

18.Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. *Quality Assurance in General Practice. The State of the Art in Europe.* Utrecht: NHG 1993

19.Donabedian A. *Quality Assurance in health care: consumer' s role.* Quality in Health Care, 1992

20.Rethans JJ, Westin S, Hays R. *Methods for quality assessment in general practice. Family Practice* 1996; 13 (5): 468 - 76

21.Cleary PD, Edgman-Levitan S. *Health Care Quality: Incorporating Consumer. Perspectives* JAMA 1997; 278 (19)

22.Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. *Consumer experiences and provider perception of the quality of primary care: implications for managed care.* J Fam Pract 1998; 46(3):216-26

23.Fitzpatrick R. *Surveys of patient satisfaction: I- Important general considerations.* BMJ 1991; 302

24.Hespanhol A, Malheiro A, Sousa Pinto A. *O Projecto "Tubo de Ensaio" – breve história do Centro de Saúde S. João.* Rev Port Clin Geral 2002; 18: 171-86

25.Hespanhol A. *O Projecto Tubo de Ensaio.* Cadernos de Atencion Primaria 1999; 6 (2): 125

26.Entrevistador do Jornal Médico de Família. *Tema em destaque: Médicos com salários em atraso.* Jornal Médico de Família; nº8, Setembro 2000: 34- 37

27.Direcção Geral da Saúde. Sub-Direcção Geral para a Qualidade. *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde – MoniQuOr.* 2ª edição. Lisboa 1999

28.Imperatori E. *Acreditação, prioridade e desafio.* Acta Médica Portuguesa 1996; 9: 59-66

29.Secretariado para a Modernização Administrativa. *Glossário da Qualidade: termos e conceitos.* Publicações do SMA sobre qualidade, Edição electrónica, 1995

30.Ferreira PL. *Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual.* Rev Port Clin Geral 2000; 16: 53-62

31.Comissão de Classificação da Wonca. *Glossário para a Medicina Geral e Familiar.* APMCG, Departamento Editorial, 1997

32.Hurwitz B. *O que é ser um bom médico e como se pode criar um?* BMJ (edição Portuguesa), Dezembro 2002; vol. XI: 424-5

33.Campbell M. *What is quality in general practice?* Update, 15. Nov. 2001: 426

34.Pisco L. *A qualidade na Saúde.* Directório da Qualidade, 16.Dez.00: 14 e 65

35.Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. *Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand.* Quality in Health Care 2001; 10: 152-8

36.Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Hayes RB, Richardson WS. *Evidence based medice: what it is and what it isn't.* BMJ 1996; 312: 71-2

37.Oxman AD, Chalmers I Sackett DL. *A pratical guide to informed consent to treatment.* BMJ 2001; 323: 1464-6

38.Coulter A. *Opiniões dos doentes sobre o bom médico.* BMJ (edição Portuguesa), Dezembro 2002; vol. XI: 425-6

39.Blumental D. *Quality of health care - Part 1: Quality of care: what is it?* The New England Journal of Medicine, 1996; 335: 891-4

40.UEMO. *Declaração sobre a Garantia de Qualidade em Clínica Geral.* Helsínquia, 1994

41.Qualidade e Serviços de Saúde: Evolução e Perspectivas. In: Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *A Saúde dos Portugueses.* Lisboa 1997: 129-40

42.Berwick D.M. *Continuos Quality Improvement in Medicine: from theory to practice. Heal thyself or heal thy system: can doctors help to improve medical care?* Quality in Health Care, 1992; 1 Supplement: 52-8

43.Swiss J.E. et al. *Adapting Total Quality Management (TQM) to Government.* Public Administration Review, 1992; 52 (4): 356-62

44.Rago W.V. *Adapting Total Quality Management (TQM) to Government. Another point of view.* Public Admnistration Review 1994; 54 (1): 61- 4

45.Merry M.D. *Total Quality Management for Physicians: translating the new paradigm.* Quality Review Bulletin, 1990: 51- 60

46.Batalden P.B. *Organization the Quality Improvement in Health Care.* In: Topics in Health Record Management. Aspen Pub. 1991; 11 (3): 60 -73

47.Woolass T. *Defining TQM for Primary Care.* 1994: 172 – 8

48.Patrão Neves M. *A bioética como expressão de um novo saber.* In: Comissões de ética- das bases teóricas à actividade quotidiana.1ª ed. Açores: Centro de Estudos de Bioética / Polo Açores, 1996: 25-44

49.Van de Ven WPMM. *Choices in health care: a contribution from The Netherlands.* In: British Medical Bulletin 1995; 51(4): 781-90

50.Serrão D. *O direito à saúde e a distribuição de recursos escassos.* In: Comissões de ética- das bases teóricas à actividade quotidiana.1ª ed. Açores: Centro de Estudos de Bioética / Polo Açores, 1996: 87-99

51.Conselho de Reflexão sobre a Saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 13/96, de 24 de Janeiro). *Recomendações para uma reforma estrutural.* 1ª ed Porto: CRES, 1998

52.Maynard A, Bloor K. *Our Certain Fate: Rationing in Health Care.* 1ª ed London: Office of Health Economics, 1998

53.Kitzhaber J, Kenny AM. *On the Oregon trail.* In: British Medical Bulletin 1995; 51(4): 808-18

54.Ham C. *Synthesis: what can we learn from international experience.* In: British Medical Bulletin 1995; 51(4): 819-30

55.Weale A. *The ethics of rationing.* In: British Medical Bulletin 1995; 51(4): 831-41

56.Pinto dos Reis V. *O financiamento dos cuidados de saúde e algumas especificidades do mercado da saúde.* In: Actas do III Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1995 (Ética da Vida: concepções e debates). 1ª ed. Lisboa: Colecção Bioética III, 1996: 147-83

57.Ministério da Saúde. *Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1997.* Lisboa, Ministério da saúde, 1997: 28-32

58.Ministério da Saúde. *Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1998.* Lisboa, Ministério da saúde, 1998: 62

59.Ministério da Saúde. *Saúde. Preparar o futuro. Linhas de acção.* Lisboa, Ministério da saúde, 2001: 15, 26

60.Ministério da saúde. *Carta dos direitos e deveres dos doentes.* Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 1997

61.Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48 / 90, de 24 de Agosto. Diário da República nº 195, I série

62.Secretariado para a Modernização Administrativa. *Carta para a Qualidade nos Serviços Públicos.* Publicações do SMA sobre qualidade, Edição electrónica, 1995

63.Direcção- Geral da saúde. *Circular Normativa nº 06 / GAB / DGS de 10.4.02. Regime Remuneratório Experimental para Médicos de Clínica Geral.* Direcção-Geral da Saúde, 2002

64.Entrevistador do Jornal Médico de Família. *Avaliações cruzadas do MoniQuOr: 92 centros de saúde obtiveram sinal positivo.* Jornal Médico de Família; nº 6, III Série, Junho 2000: 22-26

65.Pritchard P, Low K, Whalen M. *Manegement in General Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1984

66.Barley NH. *Effective practice management*. The practitioner 1980; 224: 997 -8

67.Entrevistador do Jornal Semana Médica. *Violência e médicos de família: quando o utente é o inimigo.* Semana Médica; nº 110, 12 Junho 2000: 4-5

68.Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. *Regulamento das carreiras médicas*. Decreto-Lei nº 310/82. Diário da República, I série, nº177, de 3.8.82

69.Ministério da Saúde. *Regime das carreiras médicas*. Artigos 16º e 18º-21º (perfil profissional do médico de clínica geral, funções do médico de clínica geral, responsabilidade progressiva do médico de clínica geral, relação personalizada médico - utente, condições de exercício profissional) do Decreto-Lei nº 73/90. Diário da República, I série, nº 54, de 6. 3. 90

70.Entrevistador do Jornal Semana Médica. *Balanço negro no livro amarelo.* Semana Médica; nº 2, 16 Março 1998: 4

71.Costa ARM, Ferreira JL, Costa JM. *Satisfação dos utentes da extensão de Vialonga do Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria.* Rev Port Clin Geral 1991; 8(1): 15- 20

72.Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F. *General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparision.* Health Policy 1998; 45: 175-86

73.Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. *Patients' priorities with respect to general practice care: na international comparison.* Fam Practice 1999; 16 (1): 4-11

74.Lopes Ferreira P. *A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. Questionário Europep.* 1ªed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999

75. Ferreira PL. *Avaliação dos doentes de cuidados primários: aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes.* Rev Port Clin Geral 2001; 17: 15- 45

76.Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. *Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction.* BMJ 1989;299: 1015-6

77.Baker R. *The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice.* Family Practice 1991; 8(2): 171-7

78.Hjortdahl P, Laerum E. *Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction.* BMJ 1992; 304:1287-90

79.Kurata JH, Nogawa AN, Philips DM, Hofman S, Werblun MN. *Patient and provider satisfaction with medical care.* The Journal of Family Practice 1992; 35 (2): 176-9

80.Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. *Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services.* British Journal of General Practice 1995; 45: 525-9

81.Dansky KH, Miles J. *Patient satisfaction with ambulatory health care services: waiting time and filling time.* Hosp Health Serv Adm 1997; 42(2): 165-77

82.Owes DJ, Batchelor C. *Patient satisfaction and the elderly.* Soc Sci Med 1996; 42(11): 1483-91

83.Ward J, Boyle C, Long D, Ovadia C. *Patient surveys in general practice: a randomised trial of an instant lottery ticket to increase return rate.* Aust Fam Physician 1996; Suplemento 1: S 19-20

84.Dansky KH, Colbert CJ, Irwin P. *Developing and using a patient satisfaction survey: a case study.* J Am Coll Health 1996; 45(2): 83-8

85.Fottler MD, Ford RC, Bach SA. *Measuring patient satisfaction in healthcare organizations; qualitative and quantitative approaches.* Best Pract Benchmarking Healthc 1997; 2(6): 227-39

86.Para PJ. *Patient relations for modern times.* J Healthc Risk Manag 1997; 17(4):23-9

87.Finkell ML. *The importance of measuring patient satisfaction.* Empl Benefits J 1997; 22(1):12-5

88.Isenberg SF, Stewart MG. *Utilizing patient satisfaction data to assess quality improvement in community-based medical practices.* Am J Med Qual 1998; 13(4): 188-94

89.Horne R, Hankins M, Jenkins R. *The satisfaction with information about Medicines Scale: a new measurement tool for audit and research.* Qual Health Care 2001; 10(3): 135-40

90.Millar M. *Patient satisfaction with general practice in Ireland.* Ir Med J 2001; 94(4): 106, 108-9

91.Peters J, McManus IC, Hutchinson A. *Good Medical Practice: comparing the views of doctors and the general population.* Med Educ 2001; 35 suplemento 1: 52-9

92.Shannon SE, Mitchell PH, Cain KC. *Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care.* J Nurs Scolarsh 2002; 34(2): 173-9

93.Rider EA, Perrin JM. *Performance profiles: the influence of patient satisfaction data on physicians' pratice.* Pediatrics 2002; 109(5): 725-7

94.Smith CH, Amstrong D. *Comparision of criteria derived by government and patients for evaluating general practioner services.* BMJ 1989; 299: 494-6

95.Jung H, Wensing M, Grol R. *What makes a good practitioner: do patients and doctors have different views?* Br J Gen Practice 1997; 47:805-9

96.Memel D. *Chronic disease or physical disability? The role of the general practitioner.* Br J Gen Pract 1996; 46:109-113

97.Hulley SB, Cummings SR. *Diseño de la investigacion clínica - Un enfoque epidemiologico.* edição espanhola. Barcelona: Doyma, 1993

98.Howie JGR. *Research in general practice.* 2ª ed. London: Chapman and Hall, 1989

99.Morrell D. *Epidemiology in general practice.* 1ª ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1988

100.Armstrong D, Calnan M, Grace J. *Research methods for general practitioners.* 1ª ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1990

101.Smail S. *Patient education in general practice.* In Gray M, Fowler GH. *Preventive Medidine in General Practice.* Oxford: Oxford University Press, 1983: 56-69

102.Vaccarino JM. *Malpractice: the problem in perspective.* JAMA 238, 1977: 861-3

103.Kaim-Caudle PR, Marsh GN. *Patient-satisfaction survey in General Practice.* BMJ 1975; 1: 262-4

104.Plichta SB, Duncan MM, Plichta L. *Spouse abuse, patient-physician communication and patient satisfaction.* Am J Prev Med, 1996; 12 (5): 297-303

105.Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, InuiTS. *The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient* Edc Couns 2000; 39 (1): 49-59

106.Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. *How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction and considerng changing physicians?* J Gen Intern Med 2002; 17 (1): 29-39

107.Savage R, Armstrong D. *Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study.* BMJ 1990; 301: 968-70

108.Arborelius E, Timpka T, Nyce JM. *Patients comment on video-recorded consultations: the good GP and the bad.* Scand J Soc Med 1992; 20(4): 213-6

109.McGlone TA, Butler ES, McGlone VL. *Factors influencing consumers' selection of a primary care physician.* Health Mark Q 2002; 19(3): 21-37

110.Delgado A, Lopes Fernandez LA, Luna JD. *Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users.* Med Care 1993; 31 (9): 795-800

111.Fennema K, Meyer DL, Owen N. *Sex of physician: patients' preferences and stereotypes.* J Fam Pract 1990; 30(4); 441-6

112.Baker R. *Characteristics of practices, general practitioners and patients related to level of patients' satisfaction with consultations.* Br J Gen Pract 1996; 46 (411): 601-5

113.Borgiel AEM, Williams JI, Bass MJ, Dunn EV, Evensen MK, Lamont CT, MacDonald PJ, NcCoy JM, Spasoff RA. *Quality of care in family practice: does residenca training make a difference?* CMAJ 1989; 140: 1035-43

114.Rahmqvist M. *Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisions of care units.* Int J Qual Health Care 2001; 13(5): 385-90

115.Thi PL, Brancon S, Empereur F, Guillemin F. *Factors determining inpatient satisfaction with care.* Soc Sci Med 2002; 54(4): 493-504

116.Cohen G. *Age and health status in a patient satisfaction survey.* Soc Sci Med 1996; 42(7): 1085-93

117.Orr RD, Morton KR, deLeon DM, Fals JC. *Evaluation of an ethics consultation service: patient and family perspective.* Am J Med 1996; 101(2): 135-41

118.Kaldenberg DO. *Patient satisfaction and health status.* Health Mark Q 2001; 18 (3-4): 81-101

119.Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. *Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics.* Scand J Prim Health Care 2001; 19(3): 174-7

120.Baker R. *What type of general practice do parients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction.* Br J Gen Pract 1995; 45 (401): 654-9

121.Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjordahl P, Paulus D, Kunzi B, Mendive J, Grol R. *Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparision.* Int J Qual Health Care 2002; 14(2): 111-8

122.Cherkin D. *Patient satisfaction and continuity of care.* The Jounal of Family Practice 1989; 28 (1): 16-7

123.Gabell LL, Lucas JB, Westbury RC. *Why do patients continue to see the same physician?* Fam Pract Res J 1993; 13 (2): 133-47

124.Thompson DA, Yarnold PR. *Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm.* Acad Emerg Med 1995; 2(12): 1057-62

125.Darby DN. *Medical general practice: influencing clients' levels of satisfaction.* J Qual Clin Pract 1996; 16 (4): 215-25

126.Graça L. *Instrumentos para a melhoria contínua da Qualidade: A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde.* 1ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Sub-Direcção Geral para a Qualidade, 1999

127.Cohen G, Forbes J, Garraway. *Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparision of three surveys.* BMJ 1996; 313 (7061): 841-4

128.Gonçalves F. *O estado da saúde na cidade do Porto.* Porto de encontro 1993, Março/ Abril; ano II, nº 10: 32

129.Saúde em Portugal: Conceito e Contexto. In: Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *A Saúde dos Portugueses.* Lisboa 1997: 25

130.Inquérito nacional de saúde 1989/90. *Região de Lisboa e Vale do Tejo. Informação síntese.* Departamento de estudos e planeamento da saúde: 31

131. *Avaliação dos Portugueses ao SNS.* Tecnologia Médica, nº15, Junho 2002: 9

132.Ferriman A. *O Público perde a confiança no SNS.* BMJ. X(5) Maio 2001:262

133.*Farmacêuticos lideram confiança dos portugueses.* Farmácia Saúde, nº 67 Abril de 2002: 2

134.*O que os Portugueses pensam dos serviços de saúde.* Farmácia Saúde, nº 71 Agosto de 2002: 4-6

135.*O que os Portugueses pensam dos serviços de saúde.* Revista da Ordem dos Farmacêuticos. Suplemento da Revista nº 47 Junho 2002

136.Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO. *Cuidados de saúde em Portugal.* Protest 1993, Setembro; nº129: 14-9

137.Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO. *Utentes fazem diagnóstico. Centros de saúde muito doentes.* Teste Saúde2001,Março/Abril; nº30: 9-13

138.Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO. *Quais os prazos de espera?* Teste Saúde2003,Março/Abril; nº 42: 14-7

139.Santos Lucas J. *Centros de Saúde em mudança. Utentes: que perspectivas.* Rev Port Clin Geral 1996 ; 13 : 19-22

140.Cartwrigth N, Johnson C, Jones S. *Patients' preferences for appointment times.* BMJ 1990; 300: 848-9

141.Cape J. *Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation.* British Journal of General Practice, 2002; 52: 1004-6

142.Sitzia J, Wood N. *Patient satisfaction: a review of issues and concepts.* Soc Sci Med 1997; 45 (12): 1829-43

143.Baker R. *Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in General Practice.* Br J Gen Pract 1990; 40: 487- 90

144.Boerma WGW, Jong FAJM, Mulder PH. *Health care and general practice across Europe.* 1ª ed Utrecht: Nivel, 1993

145.Gervas J. *As diversas formas de pagamento do Médico de Clínica Geral e a sua repercussão na prática clínica.* Rev Port Clin Geral 1996; 13 (2): 130-40

146.Lourenço R. *Formas de pagamento aos prestadores na Medicina Geral e Familiar: o caso português.* Rev Port Clin Geral 1997; 14 (6): 408-22

147.Abrantes A, Tavares A, Godinho J. *Manual de métodos de investigação em saúde.* 1ª ed. Lisboa: APMCG, 1989.

148.Planning the measurements: questionnaires (Capítulo 5). In: Hulley SB, Cummings SR. *Designing Clinical Research – an epidemiologic approach.* Williams and Wlikins, Baltimore: 42-52

149.Collecting and analyzing qualitative data (Capítulo 7). In: Bailey DM. *Research for the Health Professional – a pratical guide.* Davis Company. Philadelphia: 90- 98

150.National Clinical Audit Centre. *Dialogue : a method for surveying patient satisfaction.* Leicester. Eli Lilly NCAV, 1992

151.McKinlye R, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. *Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the UK: development of a patient questionnaire.* BMJ 1997; 314

152.Poulton B. *Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity.* BJ Gen Pract 1996, 46: 26-31

153.Lopes L, Dinis Ribeiro M, Abreu Certo M, Teixeira Pinto A, Costa Pereira A, Hespanhol A. *Comunicação Médico-Utente e satisfação dos utentes.* Cadernos de Atencion Primaria 1999; **6** (2): 131

154.Aitken RCB. *A growing edge of measurement of feelings.* Proc Roy Soc Med 1969; 62: 989-93

155.Bond A, Lader M. *The use of analogue scales in rating subjective feelings.* Br J Med Psychol 1974; 47: 211-8

156.Jaeschke R, Singer J. *A comparision of seven-point and visual analogue scales-data from a randomized trial.* Controlled Clinical Trials 1990; 11: 43-51

157.Aaronson NK, Wagner A, Ware JE. *International quality of life assesssment (IQOLA) project.* Quality of Life Research 1992; 1: 349-51

158.Alonso J, Prieto L, Antó JM. *La version española del SF-36 Health Survey: um instrumento para la medida de los resultados clínicos.* Med Cl (Barc) 1995; 104: 771-6

159.Alonso J, Prieto L, Antó JM. *The Spanish version of the Nothingham Health Profile: a review of adaptaiton and instrument characteristics.* Quality of Life Research 1994; 3: 385-93

160.Sibbald B, Hall JA, Brenneman D, Freeling P. *Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations.* Br J Gen Pract 1994; 44:297-300

161.Hespanhol A. *Condições do Exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal.* Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor pela Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Hespanhol A, 1996

162.Rowlands S, Moser K. *Consultation rates from the General Practice Research Database.* Br J Gen Pract 2002; 52: 658-60

ANEXO 1

Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, promulgada pela Lei 1/92

1.Todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2.O direito à protecção da saúde é realizado:

a)Através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b)Pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incube prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b)Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;

c)Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o Serviço Nacional de saúde:

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

4.O Serviço Nacional de Saúde tem gestão descentralizada e participada.

ANEXO 2

"Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes"

Direitos dos doentes	Deveres dos doentes
- O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana	- O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive
- O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas	
- O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos,curativos,de reabilitação e terminais	- O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento
- O doente tem direito à prestação de cuidados continuados	
- O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados	- O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes
- O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde	
- O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde	- O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites
- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico	
- O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam	- O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde
- O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico	- O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários
- O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico	
- O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações	

ANEXO 3

Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril, da Presidência do Conselho de Ministros,

Capítulo V, sobre "Mecanismos de audição e participação", artigos 36 e 38

Artigo 36º
(Sugestões dos utentes)

1- A recolha de opiniões e sugestões, como instrumento institucionalizado de audição dos utentes e de aferição da qualidade dos serviços públicos, concretiza-se através de:

   a) Opiniões, por meio das quais se pretende conhecer o que o utente pensa do modo como é atendido e da qualidade, adequação, tempo de espera e custo do serviço que lhe é prestado pela Administração;

   b) Sugestões, através das quais se pretende que o utente faça propostas concretas de melhoria a introduzir no funcionamento dos serviços públicos;

   c) Outros contributos escritos para a modernização administrativa, por meio dos quais o utente possa manifestar o seu desacordo ou a sua divergência em relação à forma como foi atendido, como lhe foi prestado determinado ou ainda como a lei ou regulamento lhe impõe formalidades desnecessárias.

2. Os serviços ou organismos da administração Pública devem disponibilizar, nos locais de atendimento, uma caixa de sugestões e opiniões.

Artigo 38º
(Reclamações)

1- Os serviços e organismos da Administração Pública ficam obrigados a adoptar o livro de reclamações nos locais onde seja efectuado atendimento de público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível.
2- A autenticação do livro de reclamações compete ao dirigente máximo do serviço ou organismo, em exercício de funções à data de abertura do livro, competência que pode ser delegada, no caso de serviços desconcentrados, nos respectivos responsáveis.
3- A cópia azul do livro de reclamações deve ser enviada pelo serviço reclamado ao gabinete do membro do Governo competente, acompanhada de informação sobre a reclamação, donde constem as medidas correctivas adoptadas.
4- A cópia amarela da reclamação deve ser enviada directamente para o Secretariado para a modernização administrativa, acompanhada da informação referida no número anterior e de cópia da resposta dada ao reclamante.
5- Independentemente da fase de tramitação em que se encontrem as reclamações, na base de dados do Secretariado para a modernização administrativa, cabe a cada serviço reclamado dar resposta ao reclamante, acompanhada da devida justificação, bem como das medidas tomadas ou a tomar, se for caso disso, no prazo de 15 dias.
6- Se para além da resposta dada pelo serviço, a reclamação for objecto de decisão final superior, esta será comunicada ao reclamante pelo serviço

3. A existência da caixa de sugestões e opiniões deve ser divulgada aos utentes de forma visível nos locais referidos no número anterior.

4. Os serviços e organismos devem, sempre que possível, dar acolhimento às sugestões e opiniões emitidas pelos utentes, no sentido de melhorar a sua gestão e funcionamento ou, quando caso disso, sugerir medidas legislativas adequadas a simplificar procedimentos.

ou gabinete do membro do Governo responsável e dada a conhecer ao Secretariado para modernização administrativa.

1- Se for caso disso, o membro do governo que tutela a Administração Pública deve diligenciar no sentido da realização de auditorias, nos termos legalmente previstos.

2- O modelo do livro de reclamações é definido por portaria do membro do Governo responsável pela Administração Pública.

ANEXO 4

SATISFAÇÃO DOS UTENTES A NÍVEL DO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO

Este Inquérito pretende conhecer a sua opinião acerca do Centro de Saúde São João.
Gostaríamos que colaborasse, respondendo ao seguinte Questionário com sinceridade.
Este Questionário é rigorosamente anónimo, ou seja, nunca será possível identificar estas respostas consigo.
Depois de preenchido deverá entregá-lo na Secretaria.

I - Procura de Cuidados de Saúde

1. Geralmente, quando preciso de cuidados de um médico, onde vou em primeiro lugar ?
   Assinale com uma cruz (x) no quadrado (☐), a sua opinião ; só uma resposta é possível.

☐ Só ao Centro de Saúde.
☐ Directamente a uma "Urgência" de um Hospital.
☐ À "Urgência" de um Hospital, depois de ir a um Centro de Saúde.
☐ Outro local. Especifique .....

2. Geralmente, quando recorro ao Serviço de Urgência de um Hospital, é pela ou pelas seguintes razões :
   Assinale a sua opinião com uma cruz (x) no quadrado à esquerda (☐).

↓

☐ Sinto-me gravemente doente. ☐
☐ Não consegui consulta no Centro de Saúde. ☐
☐ Desse modo consigo uma consulta rapidamente. ☐
☐ Aí serei melhor examinado pelos médicos. ☐
☐ Porque nesse horário não posso recorrer ao Centro de Saúde. ☐
☐ Outra razão. Especifique ..... ☐

↑

Atenção !
Se referiu mais do que uma razão, por favor, assinale a principal com uma cruz (x) no quadrado à direita (☐).

Vire se faz favor →

II - Centro de Saúde

1. Assinale com uma cruz (x) sobre a linha a tracejado, a sua opinião.

	DISCORDO TOTALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
Em geral :		
1. Estou satisfeito com o tempo que demoro até conseguir a marcação de uma consulta.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2. É fácil deslocar-me até este Centro de Saúde.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3. Sinto-me bem nestas instalações.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4. Espero pouco tempo neste Centro de Saúde, desde a altura em que chego, até ser atendido(a).	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5. Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal administrativo.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
6. Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal de enfermagem.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
7. Tenho sido bem atendido(a) pelo pessoal médico.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
8. Estou satisfeito(a) com o meu médico, não gostaria de mudar.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
9. Estou satisfeito(a) com este Centro de Saúde.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

III - Dados pessoais

1. Sexo : ☐ Homem ☐ Mulher

2. Formação escolar (que frequentou) : ☐ Primária ☐ Secundária ☐ Superior

3. Idade : ..... anos.

4. Profissão : ☐ Dona de Casa ☐ Estudante ☐ Outra. Especifique : .....

5. Situação profissional : ☐ Empregado(a) / Activo(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a)

6. Aproximadamente, quantas vezes recorreu a este Centro de Saúde nos últimos 6 meses ?

..... vezes.

Muito Obrigado pela sua colaboração.