



Artigo original

Comparação dos utentes do antigo Hospital do Desterro com os utentes do Hospital de S. José no acesso à consulta de Medicina Interna - Parte I : objectivos, população, métodos e resultados sobre potencial de acesso

Maria Isabel Pereira^{a,*}, Bruno de Sousa^b, Anabela Coelho^c e Paulo Ferrinho^d

^aServiço de Cirurgia Plástica Maxilo-Facial/ORL, Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

^bCentro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^cDirecção-Geral da Saúde, Lisboa, Portugal

^dInstituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; Coordenador do Plano Nacional de Saúde (PNS 2011-2016)

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido em 7 de Janeiro de 2011

Aceite em 24 de Outubro de 2011

Palavras-chave:

Acesso a serviços de saúde

Potencial de acesso

Encerramento do Hospital do Desterro

R E S U M O

Cenário: Na sequência do encerramento do Hospital do Desterro (HD), é focada a atenção na integração do seu serviço de Consulta Externa de Medicina Interna (MI) no serviço de Consulta Externa de MI do Hospital de São José.

Objectivos: O objectivo geral deste estudo publicado em duas partes é, nesta primeira parte, comparar o potencial de acesso à consulta externa de MI do HSJ dos utilizadores da consulta externa de MI do HD (nos três meses que antecederam a transferência do serviço) com o dos sujeitos que já eram utilizadores da consulta externa de MI do HSJ, antes da integração de serviços.

População e métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, optando-se pelo método de amostragem aleatória proporcionalmente estratificada dos dois grupos em estudo, de acordo com o género e idade da população previamente analisados e de dimensão igual a 256 elementos para cada um dos grupos.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário por via telefónica, precedida por o envio de uma carta registada com aviso de recepção. Realizada a análise dos dados comparando os dois grupos através dos testes de homogeneidade e independência do qui-quadrado e ANOVA *one-way*.

Principais resultados: Existem diferenças estatisticamente significativas no potencial de acesso entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que diz respeito: à idade, sendo o grupo I (HD) mais envelhecido que o grupo II (HSJ); ao estado civil, sendo o grupo I (HD) marcado por conter maior proporção de viúvos que o grupo II (HSJ); à situação profissional, com maior proporção de pessoas activas no grupo II (HSJ); ao número de crianças residentes na mesma casa do respondente, superior no grupo I (HD); à escolaridade, detendo o grupo II (HSJ) níveis académicos superiores aos do grupo I (HD); às expectativas

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: maria.pereira@ihmt.unl.pt (M.I. Pereira).

antes da última consulta, mais baixas no grupo I (HD); à percepção sobre acessibilidade física ao HSJ, percebida como mais difícil para o grupo I (HD) do que para grupo II (HSJ) e à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ, menores para o grupo I (HD).

Conclusão: As diferenças de potencial de acesso poderão vir a repercutir-se em diferenças de acesso realizado à consulta externa de MI do HSJ como se estudará na segunda parte deste artigo.

© 2011 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

Todos os direitos reservados.

Comparison of users of the closed Hospital do Desterro with former users of Hospital de São José in the access to the Outpatient Department of Internal Medicine consultation – Part I: purpose, population, methods and main findings about potential of access

A B S T R A C T

Keywords:

Health services access

Potential of access

Hospital do Desterro closure

Context: Following the *Hospital do Desterro* (HD) closure, the main focus of this study is on the Outpatient Department of Internal Medicine (MI) and on its integration in the *Hospital de São José* (HSJ).

Purpose: The general purpose of this paper published in two parts is, in this first part, to compare the potential of access to the HSJ Outpatient Department of Internal Medicine former users of HD Outpatient Department of Internal Medicine (in the three months prior to the transfer of the department) with those who were already users of HSJ Outpatient Department before the integration of departments.

Population and methods: This is an epidemiological, cross-sectional analytical study, where selection was made through random sampling proportionally stratified for the two study groups, according to gender and age of the population previously analyzed, with a final size of 256 elements for each group.

Data was collected for the two groups by administering a structured questionnaire by telephone, preceded by a registered letter explaining the contours of the study. Data analysis compared the two groups using the chi-square test for homogeneity and independence and one-way ANOVA.

Main findings: There are significant differences in potential access between groups I (HD) and II (HSJ) particularly with regard: to age, group I (HD) is older than group II (HSJ); marital status, group I (HD) has a higher proportion of widowers than group II (HSJ); the work situation, with larger numbers of active people in group II (HSJ); the number of children living in the respondent's household, greater in Group I (HD); schooling, group II (HSJ) has higher academic qualifications than group I (HD); the expectations before the last visit, lower in group I (HD); the perception of physical accessibility to HSJ, perceived as more difficult by group I (HD) than by group II (HSJ) and distance and travel time from home to HSJ, lower for group I (HD).

Conclusion: These differences in potential of access are likely to be reflected in differences in realized access to Outpatient Department of Internal Medicine as we consider on the second part of this article.

© 2011 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.

All rights reserved.

Introdução

O presente estudo surge num contexto político nacional marcado pela implementação de políticas de reestruturação dos serviços de saúde e foca a transferência de serviços do Hospital do Desterro que integrava o Centro Hospitalar de Lisboa da Zona Central (CHLC) desde Janeiro de 2004, pelas

restantes unidades que compõem o CHLC, nomeadamente, o Hospital de S. José, o Hospital de St.º António dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta e o Hospital de D. Estefânia.

Os utentes que eram servidos pelo Hospital do Desterro (HD) assistiram a alterações na sua fonte habitual de cuidados, surgindo-lhes como alternativa a utilização de outros hospitais com novas normas administrativas, onde se concentram maiores aglomerados de pessoas e onde o ambiente é menos

familiar. Note-se que embora geograficamente estas unidades de saúde se situem relativamente próximas do Hospital do Desterro (o Hospital de São José, por exemplo, fica a pouco mais de cinco minutos a pé), os utentes que mudam de hospital não deixam de ser levados a descobrir um novo trajecto, com novas barreiras arquitectónicas, eventualmente a ter de utilizar um diferente meio de transporte (o que poderá significar maiores custos se for necessário um táxi, por exemplo), ou a depender da companhia de outrem na deslocação às consultas. Estas dificuldades poderão ser tão potenciadas quanto maior for o envelhecimento da população enquanto factor natural de vulnerabilidade¹.

Tendo em conta este cenário, marcado pela contestação da população em que a resistência à mudança da habitual fonte de cuidados é manifestada pelo Movimento dos Utentes dos Serviços Públicos (a título de exemplo citam-se os esforços desenvolvidos em parceria com a União dos Sindicatos de Lisboa como abaixo-assinados, manifestações e concentrações frente ao Ministério da Saúde²⁻⁴), o presente estudo propõe verificar se o encerramento do Hospital do Desterro teve algum impacto no acesso a serviços de saúde, por parte da população por ele anteriormente servida, mais especificamente, no acesso ao serviço de Consulta Externa de MI, transferida do Hospital do Desterro para o Hospital de São José. Para tal, este artigo é dividido em duas partes distintas em que cada uma se ocupa de cada um dos objectivos específicos que adiante serão indicados.

A complexidade do conceito “Acesso a Cuidados de Saúde”

O conceito de acesso a cuidados de saúde tem sido marcado pela falta de uma definição clara acerca do seu significado⁵⁻¹³.

Por outro lado, mesmo mediante a pluralidade de definições atribuídas ao conceito de acesso (seja a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população¹⁴, seja o grau de ajustamento entre as necessidades de saúde da população e a capacidade do sistema em responder a essas necessidades⁶, seja a utilização de serviços de saúde em tempo adequado de modo a conseguir o melhor resultado possível⁸, seja o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde¹⁵ ou a oportunidade de utilização apropriada de serviços de saúde por parte de utentes que, empoderados, são capazes de tomar decisões que orientam a procura de cuidados de saúde¹⁶), este está sempre intimamente associado às noções de necessidade e equidade, que por seu turno, também são marcadas pela sua natureza subjectiva potenciadora de ambiguidade.

No tocante ao termo necessidade, já Aday e Andersen⁵ tinham alertado que mesmo fazendo a distinção entre necessidade percebida pelo indivíduo e necessidade diagnosticada, existe sempre a forte possibilidade das percepções individuais e as avaliações profissionais serem variáveis de pessoa para pessoa. Na verdade, tal como Oliver e Mossialos¹⁷ referem, tem-se assistido a um forte desacordo sobre o que constitui necessidade de cuidados de saúde, daí que compreender, definir, medir e comparar necessidades

individuais em saúde se revele difícil e uma tarefa altamente complexa.

A carência de uma definição precisa e uma noção objectiva acerca do significado de equidade torna-se igualmente premente. Sabe-se que a equidade (tida por Donabedian¹⁵ como um dos componentes da qualidade em cuidados de saúde e definida como a conformidade com o princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidados de saúde de acordo com as necessidades de cada um e seu usufruto entre os membros de uma população), para além de carecer de um quadro de referência bem desenvolvido e baseado no consenso dos diferentes autores, (limitando por isso, o desenho de estratégias orientadas para a equidade em cuidados de saúde¹⁸), devido às crescentes preocupações éticas e económicas é um princípio que todos os decisores políticos almejam no estado de saúde e na obtenção de cuidados de saúde tornando-se uma questão prioritária para organizações internacionais como a OMS, a OPAS ou a OCDE¹⁹. A associação com os direitos humanos faz da equidade em saúde um conceito ético baseado no princípio de justiça social mas que, segundo Braveman e Gruskin²⁰, não tem sido passível de medição directa.

Na verdade, esta condição advém do facto de nem todas as diferenças em saúde reflectirem necessariamente iniquidade em saúde implicando esta característica que a avaliação da equidade em saúde exija comparar indicadores de saúde mas também os seus determinantes entre grupos sociais mais ou menos privilegiados²⁰.

Para pôr em prática esta tarefa convém não esquecer que os problemas de saúde variam entre os diferentes grupos, que a necessidade de cuidados de saúde para problemas similares também é variável e que cada grupo tem as suas próprias prioridades e valores¹⁰. Isto é conducente à noção de equidade vertical (tratamento desigual para necessidades desiguais^{10,16} ou diferentes necessidades deverão ter diferentes e apropriadas oportunidades de aceder a cuidados de saúde^{17,16}) conhecida por ser mais difícil de medir que a equidade horizontal (acesso justo para grupos com necessidades equivalentes¹⁰ ou iguais oportunidades de acesso a cuidados de saúde¹⁷).

Em 1998, Gold⁹ faz lembrar que, a par da grande preocupação por esta temática, coexiste também um forte desacordo no que toca a formas de medir acesso e de determinar se é ou não equitativamente distribuído pela população.

Para além da ambiguidade potenciada pela indefinição de necessidade e pela difícil avaliação da equidade em saúde, outro dos factores que contribui para que medir e avaliar o acesso a cuidados de saúde se revele um complexo desafio, é a sua ligação intrínseca a um contexto mutante.

Tal como Gold⁹ sublinha, a reconfiguração do sistema marcada pelo crescimento de novas formas de gestão e filosofias baseadas na eficácia e custo-efectividade implicam necessariamente uma adaptação dos tradicionais métodos de medição e avaliação de acesso a cuidados de saúde.

Por estes motivos e tal como diz Gulliford et al¹⁰, reconhecer que acesso é um conceito multidimensional ajuda a explicar os conflitos gerados em torno da sua definição bem como as tensões que surgem na tentativa de o promover através da implementação de diferentes medidas.

A construção do quadro de referência

O quadro de referência para este estudo (fig.) surge a partir da conjugação de publicações de diversos autores sobre a conceptualização e mensuração de acesso a serviços de saúde e representa uma tentativa de adaptação à especificidade do problema em estudo, nomeadamente, o acesso de dois grupos populacionais específicos ao serviço de consulta externa do Hospital de S. José.

A reconstrução e a introdução de variáveis neste quadro de referência visa considerar de uma forma um pouco mais efectiva a relação dinâmica entre os diversos factores intervenientes e a consequente complexidade que caracteriza o conceito de acesso.

Estratégias em saúde

Dado que o princípio de acesso se revela de uma importância singular, todas as estratégias a nível dos determinantes de saúde o devem ter em conta uma vez que são o ponto de partida para a sua efectividade.

Note-se que neste estudo é preferido o termo estratégias em saúde em detrimento do termo políticas em saúde devido à natureza particular da situação em estudo. Segundo Ferrinho²¹, enquanto as políticas de saúde definem um modelo de sociedade gerador de determinado modelo de sistema de saúde, as estratégias em saúde, de natureza mais restrita, referem-se apenas a um modelo de sistema de saúde. Enquanto as políticas de saúde são mobilizantes e orientadas para a concretização de valores em saúde (como a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude, a solidariedade, a sustentabilidade, a continuidade, a autonomia do cidadão e a humanização de cuidados) as estratégias em saúde são promotoras de acção tendo em conta os valores e finalidades previstos pelas políticas e orientam-se para a concretização de metas, sempre que possível, *smart*, ou seja, específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e calendarizadas. Posto isto, no presente estudo tem-se como quadro estratégico de referência a reorganização da rede hospitalar e o consequente encerramento do Hospital do Desterro o que obrigou a uma integração e reorganização de serviços a nível do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Características da população em risco

Aday e Andersen⁵ dividem as características da população em risco em três categorias: Predisposição, Capacidade e Necessidade. Nas duas primeiras categorias os autores diferenciam as variáveis em “vulneráveis” e “não vulneráveis” consoante as políticas de saúde possam ou não, ter sobre elas alguma influência. No entanto, no quadro de referência adaptado, o termo “vulnerável” aparece associado à possibilidade que as experiências e utilizações anteriores dos serviços de saúde têm de influenciar as variáveis em questão.

É adoptada a denominação “população em risco” proposta no quadro de referência para o estudo do acesso a serviços de saúde construído pelos autores supracitados, referindo-se

neste contexto aos utentes cujo acesso à consulta de MI do HSJ pretende estudar-se, ou seja, aos utentes do grupo I (HD) e grupo II (HSJ). Note-se que, tal como será expresso nos critérios de inclusão das unidades amostrais, todos os elementos de ambos os grupos transpuseram já um processo organizacional de admissão uma vez que todos eles realizaram pelo menos uma consulta de MI nos três meses que antecederam a integração de serviços após o encerramento do HD. É nesta perspectiva que é atribuída importância acrescida às características individuais enquanto fortes determinantes do maior ou menor “risco” de faltar a uma consulta de MI marcada no HSJ.

Características do ambiente externo

Nesta dimensão inclui-se: zona de residência (rural/urbano), distância até ao local da consulta, tempo de viagem, custos de uma consulta (associados ao transporte e refeições, caso se aplique).

Características da consulta externa de Medicina

Nesta dimensão são considerados aspectos como o volume e distribuição de recursos, nomeadamente, recursos humanos, infra-estruturas e equipamentos intervenientes na prestação de cuidados de saúde.

Paralelamente aos recursos, surge a organização que, segundo Aday e Andersen⁵ não é mais do que como os profissionais e serviços existentes se coordenam e controlam no processo de oferta de cuidados de saúde⁵.

A organização do sistema de prestação de cuidados engloba questões relacionadas com a entrada e seguimento do indivíduo⁵, nomeadamente, o tempo dispendido na sala de espera, tempo dispendido na consulta ou o horário de funcionamento.

Utilização da consulta externa de Medicina Interna

A evolução do modelo que serve de base ao quadro de referência aqui apresentado, pretende explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos factores individuais em estreita relação com os factores inerentes ao sistema de saúde e do contexto social, sem esquecer a experiência passada de utilização dos serviços²².

Para a operacionalização da dimensão utilização, serão então considerados o número de consultas realizadas desde a transferência de serviços, o número de consultas marcadas às quais o utente não compareceu e suas razões e o tempo de intervalo entre as consultas.

Satisfação após utilização da consulta externa de Medicina Interna

Associada à satisfação do utente está a qualidade percebida^{23,24,25} definida como o “julgamento do utente sobre os serviços prestados pelo hospital”²⁵, p. 19 ou como a impressão

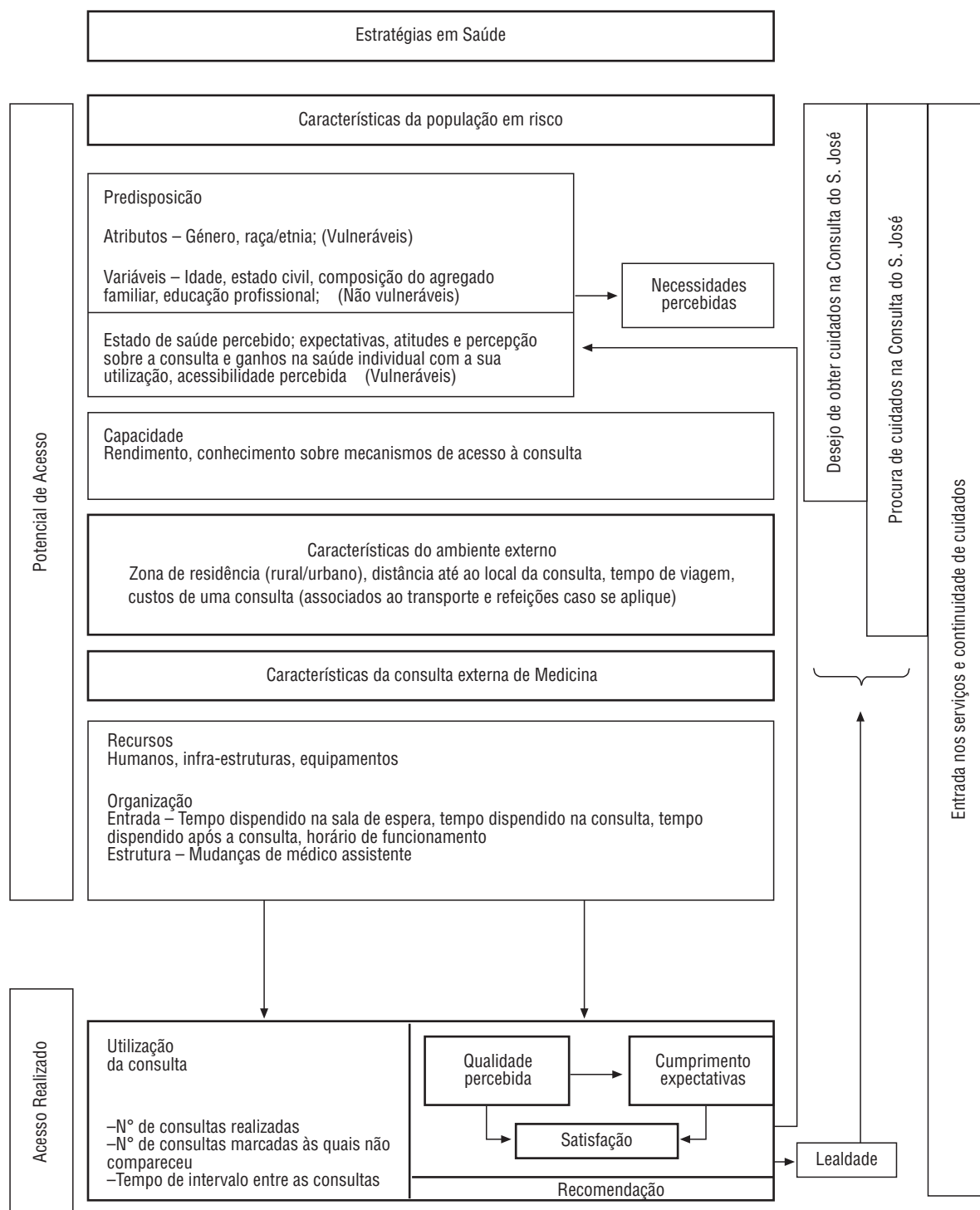


Figura – Quadro de referência adaptado ao estudo do acesso à consulta externa de MI do H. S. José.

geral do utente acerca da relativa superioridade/inferioridade do serviço prestado²⁶. No presente estudo, a qualidade percebida será dividida em várias categorias, nomeadamente no que diz respeito ao atendimento pelo administrativo, à percepção sobre o tempo dispendido na sala de espera (apontada como importante barreira ao acesso por Chung, Wong e Yeung²⁷, indicador de qualidade por McCarthy, McGee e O’Boyle²⁸ e determinante de satisfação por Bower et al²⁹ e Anderson, Camacho e

Balkrishnan³⁰), à percepção sobre a duração da consulta (mais especificamente sobre alterações no tempo de duração após o encerramento do HD), à percepção sobre o tempo de espera após a consulta (mencionada no trabalho de Caetano²⁵), à percepção acerca do atendimento pelo médico (cuja importância é frisada por vários autores como Koszegi³¹ ou Emany³²) e à qualidade global percebida (cujos efeitos na probabilidade de comparecer às consultas são frisados por McIvor, Ek e Carson³³).

O cumprimento das expectativas anteriormente referenciadas, (definidas por O'Loughlin e Coenders³⁴ como o resultado de um prévio consumo de serviços relacionado com o nível de qualidade que os utentes esperam receber) é outro dos determinantes da satisfação do utente com o serviço obtido, tal como defendem estudos de Kravitz³⁵ ou Caetano²⁵.

Como consequente do nível de satisfação sentido pelo utente surge o conceito de lealdade que Caetano²⁵ defende ser um dos indicadores de maior importância, concebendo-a como reveladora de "intenções de comportamento que são denunciadoras de um envolvimento afectivo/cognitivo com o hospital"²⁵, p. 19. Roberge et al³⁶ acrescentam ainda que a lealdade está relacionada com o comportamento do utente que, por sua vez, é influenciado por vários factores facilitadores incluindo o compromisso de duas partes: confiança do utente no profissional de saúde e a qualidade da relação interpessoal estabelecida. No contexto do presente estudo pretende avaliar-se tanto a intenção do utente em voltar a escolher o HSJ para realizar a sua consulta de MI assim como a de o recomendar a familiares, amigos ou colegas.

Na construção do presente quadro de referência foi adoptada a sugestão de Andersen et al³⁷ segundo a qual são identificadas duas categorias de acesso:

- Potencial, composto por factores que limitam ou ampliam a capacidade de utilização (factores capacitantes), características individuais predisponentes, necessidades em saúde e factores contextuais. Em suma, inclui variáveis que influem na probabilidade de usufruto efectivo dos serviços de saúde;
- Realizado, condicionado pelo Potencial de Acesso e reflectido em indicadores objectivos (utilização dos serviços) e indicadores subjectivos (qualidade percebida, cumprimento das expectativas, satisfação consequente, probabilidade de recomendação e lealdade).

Dada a complexidade do conceito de acesso e tal como é ilustrado no quadro de referência do estudo, as variáveis que compõem a dimensão Potencial de Acesso são numerosas e a operacionalização de todas elas seria incomportável devido às limitações de tempo e à grande extensão do questionário que seria implicada. Assim, de acordo com a importância atribuída na literatura e a exequibilidade da sua operacionalização foram seleccionadas as variáveis Estado de Saúde Percebido, Expectativas antes da última consulta, Idade, Género, Estado Civil, Agregado Familiar, Escolaridade, Situação Profissional, Área de Residência, Distância do domicílio ao HSJ, Tempo de viagem e Percepção sobre a Facilidade em chegar ao HSJ, sobre as quais foram apurados os dados através da construção e aplicação de questões directas às unidades amostrais ou pela gentil disponibilização do Serviço de Gestão de Doentes do CHLC.

Ressalva-se que são seleccionadas e comparadas variáveis que apenas dizem respeito às características da população em risco e às características do ambiente externo partindo-se do pressuposto que ambos os grupos usufruem, após a integração de serviços, dos cuidados de uma mesma Consulta Externa com as mesmas características para ambos, ou seja, tanto o grupo I (HD) como o grupo II (HSJ) são utentes da Consulta

Externa de MI do HSJ, supostamente sujeitos às mesmas normas organizacionais e às mesmas questões relacionadas com o volume e distribuição de recursos humanos, infra-estruturas e equipamentos intervenientes na prestação de cuidados de saúde.

Por outro lado, atribui-se grande importância às características individuais e do ambiente externo para o estudo do acesso à consulta de MI do HSJ uma vez que os elementos da população que pretende estudar-se encontram-se numa posição onde as barreiras ao acesso relacionadas com o processo de admissão foram já transpostas, ou seja, todas as unidades amostrais realizaram pelo menos uma consulta de MI e o facto de comparecerem à próxima consulta marcada poderá depender em grande medida de variáveis como as supracitadas.

Objectivos do estudo

Objectivo 1

Verificar se existem diferenças a nível do acesso à consulta externa de MI do Hospital de S. José entre os utilizadores dos últimos três meses (Outubro, Novembro e Dezembro de 2006) do serviço de consulta externa de MI do Hospital do Desterro (Grupo I) e os utilizadores da consulta externa de MI do Hospital de S. José, no período acima descrito (Grupo II).

Objectivo específico 1.1

Verificar se existem diferenças nos componentes Potencial de Acesso (características a nível da população e a nível do ambiente externo) à consulta externa de MI do Hospital de S. José, entre o Grupo I e o Grupo II.

Objectivo específico 1.2

Verificar se existem diferenças nos componentes de Acesso Realizado (utilização em 2008, qualidade percebida, cumprimento das expectativas, satisfação, recomendação e lealdade) à consulta externa de MI do Hospital de S. José, entre o Grupo I e o Grupo II.

Nesta primeira parte relatamos o material e métodos e os resultados referentes ao objectivo 1.1. e na segunda parte abordaremos os resultados referentes ao objectivo 1.2.

População e métodos

Desenho do estudo

O delineamento do presente estudo é do tipo epidemiológico, transversal, analítico, comparando duas populações distintas.

População

As populações em estudo serão referidas como grupo I (HD) e grupo II (HSJ). No grupo I (HD), consideram-se os utentes que já

foram utilizadores da consulta externa de MI Hospital do Desterro (nos três meses que antecederam a transferência do serviço, ou seja Outubro, Novembro e Dezembro de 2006). No grupo II (HSJ), são contemplados os sujeitos que, no período acima descrito, foram utentes da consulta externa de MI do Hospital de S. José.

Amostra

Os critérios de inclusão das unidades amostrais são:

- Ter realizado uma consulta de MI no período de Outubro, Novembro e Dezembro de 2006 no Hospital do Desterro ou no Hospital de São José, respectivamente;
- Ter morada e número de telefone disponíveis para que possam ser contactados;
- Ter recebido a carta prévia que convida e explica os contornos do estudo, enviada por correio registado e com aviso de recepção.

No cálculo do tamanho da amostra, para minimizar o erro do tipo I é estabelecido um nível de significância (α) de 0,05 (ou seja 5%), estabelecido um valor de β de 0,20 representando nas pesquisas biomédicas uma probabilidade pequena (dois em dez) de cometer um erro do tipo II, estabelecido para a dimensão do efeito o valor de 0,15 e obtido o valor de 4 para o número de graus de liberdade.

Estipulados os parâmetros e aplicado o método de Nisen e Schwertman³⁸, chega-se ao valor de $n = 255,25$ para cada um dos grupos a comparar.

O método de amostragem é aleatório proporcionalmente estratificado para os dois grupos em estudo, de acordo com o género e idade da população previamente analisados e de dimensão igual a 256 elementos para cada um dos grupos. Note-se que na análise exploratória preliminar não se detectaram diferenças entre os dois grupos relativamente ao género (40% Homens e 60% Mulheres para ambos) mas no que toca à idade é sugerida uma população mais envelhecida para o grupo I (HD) com uma diferença de cerca de 8% de elementos nas classes etárias (25-45) anos e (65-99) anos, ou seja, a primeira com mais 8% de elementos do grupo II (HSJ) e a segunda com mais 8% de elementos do grupo I (HD).

Técnica de recolha de dados

Como alicerce da construção dos dois questionários a aplicar por via telefónica a cada um dos grupos, serviu o Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais EPE - Consultas Externas, aplicado em 2005 pelo Sistema de Avaliação da Qualidade Percebida e Satisfação do Utente nos Hospitais EPE, gentilmente cedido pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Como forma de minimizar o risco de obter uma baixa taxa de resposta, o instrumento de colheita de dados, devidamente pré-testado, foi precedido por uma carta dirigida ao domicílio de cada unidade amostral na qual é solicitada e reforçada a importância da colaboração do utente, explicado o objectivo do estudo e garantido o anonimato das respostas.

Após a obtenção dos dados (morada completa e número de telefone, data de nascimento, género e nome completo) referentes à população em estudo solicitados ao serviço de gestão de doentes do CHLC, decorreu a aplicação por via telefónica dos instrumentos de colheita de dados entre 26 de Fevereiro e 24 de Maio de 2009.

No final da colheita de dados foi possível calcular uma taxa de resposta de 93,9%.

Análise estatística

Realizada a análise dos dados comparando os dois grupos através dos testes de homogeneidade e independência do qui-quadrado e ANOVA *one-way*.

Procedimentos éticos

Foi pedida e obtida autorização formal e por escrito do Conselho de Administração do CHLC e da sua Comissão de Ética para a realização do estudo bem como para a disponibilização da base de dados com contactos dos utentes em estudo.

A identificação de quem realiza o estudo, o tema, os seus objectivos, o carácter voluntário da participação no estudo e a garantia de anonimato e dos dados cedidos pelos respondentes já constava na carta previamente enviada por correio registado e com aviso de recepção para o domicílio das unidades amostrais, no entanto, a mesma informação foi reforçada aquando da chamada telefónica que visava a colheita de dados.

Resultados sobre potencial de acesso à consulta externa de MI do Hospital de São José

Neste ponto serão salientadas as diferenças entre os grupos em estudo nomeadamente no que diz respeito: ao estado civil, sendo o grupo I (HD) marcado por conter maior proporção de viúvos que o grupo II (HSJ); à situação profissional, com maior proporção de pessoas activas no grupo II (HSJ); ao número de crianças residentes na mesma casa do respondente, superior no grupo I (HD); à escolaridade, detendo o grupo II (HSJ) níveis académicos superiores aos do grupo I (HD); às expectativas antes da última consulta, mais baixas no grupo I (HD); à percepção sobre acessibilidade física ao HSJ, percebida como mais difícil para o grupo I (HD) do que para grupo II (HSJ) e à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ, menores para o grupo I (HD).

Estado civil

Ambos os grupos em estudo assumem o estado "Casado" como categoria modal, com 53,8% no grupo I (HD) e 64,1% no grupo II (HSJ), ao que se segue a categoria "Viúvo" com 25% e 15,1% para o grupo I (HD) e grupo II (HSJ), respectivamente. Diferença estatisticamente significativa com $p = 0,027$ (tabela 1).

Tabela 1 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao estado civil

Estado Civil	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
Solteiro			p = 0,027
Freq Obs	33 (14,0%)	30 (12,2%)	
Resíduo	0,4	-0,4	
Casado			
Freq Obs	127 (53,8%)	157 (64,1%)	
Resíduo	-1,0	1,0	
Viúvo			
Freq Obs	59 (25,0%)	37 (15,1%)	
Resíduo	1,7	-1,7	
Divorciado			
Freq Obs	9 (3,8%)	17 (6,9%)	
Resíduo	-1,1	1,0	
União Facto			
Freq Obs	5 (2,1%)	3 (1,2%)	
Resíduo	0,5	-0,5	
Separado			
Freq Obs	3 (1,3%)	1 (0,4%)	
Resíduo	0,7	-0,7	
Total	236 (100%)	245 (100%)	

*Valor obtido pelo teste exacto de Fisher.

Tabela 2 – Comparação de medidas de tendência central e de dispersão relativas ao número de elementos menores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral

	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
Media	0,4661	0,2612	p < 0,001
Moda	0	0	
Desvio-Padrão	0,8453	0,7165	

*Valor obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon.

Agregado familiar

A análise dos dados sugere que a categoria mais frequentemente seleccionada pelos inquiridos em ambos os grupos em estudo é “Acompanhado por uma única pessoa maior de idade”, com 47,0% no grupo I (HD) e 47,8% no grupo II (HSJ) (p = 0,133).

O número de menores de idade que partilha a mesma habitação com as unidades amostrais estudadas varia entre 0 e 3 para o grupo I (HD) e 0 e 4 para o grupo II (HSJ). Note-se que em ambos os grupos a situação mais frequente é não existirem menores de idade no agregado familiar (em ambos se verifica Mediana = 0 e Moda = 0) (tabela 2).

No caso particular do grupo I (HD), observa-se uma Média de 0,47 menores de idade, valor em torno do qual todos os outros se encontram dispersos gerando um Desvio Padrão de 0,77 elementos menores de idade. Comparativamente a estes dados, surgem os do grupo II (HSJ) para os quais é observada uma Média de 0,26 com Desvio Padrão (0,72 elementos) semelhante ao grupo I (HD) (p < 0,001).

Tabela 3 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à escolaridade

Escolaridade	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
Não sabe ler nem escrever			p = 0,027
Freq Obs	9 (3,8%)	11 (4,5%)	
Resíduo	-0,3	0,3	
Só sabe ler e escrever			
Freq Obs	26 (11,0%)	28 (11,4%)	
Resíduo	0,0	0,1	
Primeiro ciclo			
Freq Obs	107 (45,3%)	75 (30,6%)	
Resíduo	1,9	-1,8	
Ciclo Preparatório (6º ano)			
Freq Obs	15 (6,4%)	26 (10,6%)	
Resíduo	-1,1	1,1	
Antigo 5º ano/9º ano			
Freq Obs	48 (20,3%)	55 (22,4%)	
Resíduo	-0,4	0,4	
Antigo 7º ano/12º ano			
Freq Obs	12 (5,1%)	24 (9,8%)	
Resíduo	-1,3	1,3	
Curso Superior			
Freq Obs	19 (8,1%)	26 (10,6%)	
Resíduo	-0,7	0,6	
Total	236 (100%)	245 (100%)	

*Valor obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado.

Escolaridade

Analisando o comportamento da variável escolaridade pode observar-se que ambos os grupos exibem o primeiro ciclo como grau mais frequente com 45,3% para o grupo I (HD) e 30,6% para o grupo II (HSJ).

Por sua vez, a evolução dos sinais dos valores de resíduo sugere que, embora a proporção de elementos que não detêm qualquer grau académico seja semelhante nos dois grupos em estudo, os elementos pertencentes ao grupo II (HSJ) localizam-se em maior proporção nos níveis superiores de escolaridade: ciclo Preparatório (6º ano); antigo 5º ano/9º ano; antigo 7º ano/12º ano e curso superior (p = 0,027) (tabela 3).

Situação profissional

Em relação a esta variável, a análise dos dados indica que a categoria reformado é a mais frequente para ambos os grupos em estudo com 69,5% para o grupo I (HD) e 46,5% para o grupo II (HSJ) (tabela 4).

A partir da análise dos resíduos que surgem em cada uma das categorias, observa-se que a que mais influi na não homogeneidade da proporção dos elementos dos dois hospitais nas diferentes situações profissionais são “empregado” (com maior número de elementos do grupo II (HSJ)), ultrapassando aquele que seria de esperar e “reformado” (com maior número de elementos do grupo I (HD), também excedendo a frequência esperada) (p < 0,001).

Área de residência

A análise dos dados sugere não existirem grandes diferenças entre os grupos. A maior parte dos elementos de ambos é residente dentro dos limites da Grande Área Metropolitana de Lisboa, com 95,8% para o grupo I (HD) e 93,9% para o grupo II (HSJ) ($p = 0,352$).

Distância do domicílio ao HSJ e tempo de viagem

Após a análise da distância do domicílio ao HSJ e do tempo dispendido na respectiva viagem observa-se que, enquanto um indivíduo pertencente ao grupo I (HD) tem de percorrer em média 11,00 Km, demorando uma média de 15,35 min, um indivíduo pertencente ao grupo II (HSJ) percorre em média 20,90 Km, demorando uma média de 22,18 min ($p = 0,009$) (tabela 5).

No que diz respeito ao tempo de viagem, as diferenças na dispersão voltam a verificar-se: no caso do grupo I (HD) a dispersão volta a ser menor com Desvio Padrão de 14,47 min contrapondo-se o grupo II (HSJ) com Desvio Padrão de 28,69 min ($p = 0,005$) (tabela 5).

Estado de saúde percebido

No que se refere à percepção sobre o próprio estado de saúde, a análise dos dados sugere que a categoria mais frequentemente seleccionada pelos inquiridos em ambos os grupos em estudo é “Razoável”, com 39,4% no grupo I (HD) e 40,8% no grupo II (HSJ) ($p = 0,127$).

Expectativas antes da última consulta

No tocante às expectativas que o respondente assume ter tido antes da última consulta realizada no HSJ (por exemplo em relação à ausência de erros, à satisfação de todas as necessidades do utente ou à prestação de um serviço de qualidade) pode ser observado o nível 3 como o mais frequente no caso do grupo I (HD) com 48,7% dos inquiridos e o 4 como nível modal no grupo II (HSJ) com 46,9% do total de elementos (tabela 6) (escala em que o nível 1 representa expectativas muito baixas, no extremo oposto, o nível 5, expectativas muito altas.)

Observa-se a partir da tabela 6 que o nível 2 e o nível 4 são os principais responsáveis pela não homogeneidade da proporção de elementos dos dois hospitais nos diferentes níveis. De facto, o nível 2 apresenta uma proporção de elementos do grupo I (HD) maior do que a frequência esperada. Esta discrepância mantém-se, ainda que um pouco menos acentuada no nível 3, invertendo-se por completo quando são analisados os dados referentes aos níveis 4 e 5 para os quais a frequência observada de elementos do grupo I (HD) é menor do que a frequência esperada. A análise dos dados parece, assim, indicar que o grupo II (HSJ) tem um nível mais elevado de expectativas prévias à consulta quando comparados com o grupo I (HD) ($p < 0,001$).

Percepção sobre acessibilidade

Analisando a percepção dos respondentes acerca da maior ou menor facilidade em chegar ao HSJ (mais uma vez utilizando a escala de 5 pontos em que 1 significa uma acessibilidade

Tabela 4 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à situação profissional

Situação Profissional	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
Empregado			
Freq Obs(%)	41 (17,4%)	97 (39,6%)	$p < 0,001$
Resíduo	-3,2	3,2	
Desempregado			
Freq Obs	22 (9,3%)	14 (5,7%)	
Resíduo	1,0	-1,0	
Estudante			
Freq Obs	3 (1,3%)	4 (1,6%)	
Resíduo	-0,2	0,2	
Doméstico			
Freq Obs	6 (2,5%)	16 (6,5%)	
Resíduo	-1,5	1,4	
Reformado			
Freq Obs	164 (69,5%)	114 (46,5%)	
Resíduo	2,4	-2,3	
Total	236 (100%)	245 (100%)	

*Valor obtido pelo teste exacto de Fisher.

Tabela 5 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ

		Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
Distância do domicílio ao HSJ (Km)	Media	10,977	20,904	$p = 0,009$
Tempo de viagem do domicílio ao HSJ (min)	Media	15,35	22,18	$p = 0,005$

*Valor obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon.

Tabela 6 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa às expectativas antes da última consulta no HSJ

Expectativas prévias à última consulta	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
1 Freq Observada	0 (0%)	0 (0%)	$p < 0,001$
2 Freq Observada	32 (13,6%)	11 (4,5%)	
Resíduo	2,3	-2,3	
3 Freq Observada	115 (48,7%)	89 (36,3%)	
Resíduo	1,3	-1,3	
4 Freq Observada	71 (30,1%)	115 (46,9%)	
Resíduo	-2,2	2,2	
5 Freq Observada	1 (0,4%)	6 (2,4%)	
Resíduo	-1,3	1,3	
Total	219 (100%)	221 (100%)	

*Valor obtido pelo teste exacto de Fisher.

Tabela 7 – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à acessibilidade percebida ao HSJ

Percepção do respondente relativamente à acessibilidade do HSJ	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p*
1 Freq Obs	29 (13,2%)	23 (10,4%)	p < 0,001
Resíduo	0,6	-0,6	
2 Freq Obs	74 (33,8%)	36 (16,3%)	
Resíduo	2,6	-2,6	
3 Freq Obs	62 (28,3%)	78 (35,3%)	
Resíduo	-0,9	0,9	
4 Freq Obs	51 (23,3%)	77 (34,8%)	
Resíduo	-1,6	1,6	
5 Freq Obs	3 (1,4%)	7 (3,2%)	
Resíduo	-0,9	0,9	
Total	219 (100%)	221 (100%)	

*Valor obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado.

“muito má” e 5 uma acessibilidade “muito boa”), observa-se que o nível modal no caso do grupo I (HD) é o 2, com 33,8% dos elementos e no caso do grupo II (HSJ) são os níveis 3 e 4 os mais frequentes com 35,3% e 34,8% dos elementos, respectivamente (tabela 7).

A análise das discrepâncias entre frequência observada e frequência esperada leva a crer que os níveis 2 e 4 são os mais influentes na não homogeneidade de proporções, o primeiro contendo mais elementos do grupo I (HD) que o esperado e o segundo incluindo um número destes elementos inferior ao previsível. A par do exposto, parece verificar-se uma tendência para os níveis inferiores (1 e 2) serem seleccionados pelos elementos do grupo I (HD), enquanto os níveis superiores são tendencialmente seleccionados pelos elementos do grupo II (HSJ) ($p < 0,001$) (tabela 7).

Discussão e conclusões

A inexistência de diferenças ao nível do estado de saúde percebido entre os grupos em estudo ajuda a rejeitar o possível efeito desta variável nas diferenças encontradas em variáveis de Acesso Realizado (como as que se relacionam com a utilização de serviços) encontradas em estudos de Hoz e Leon³⁹ e de Finkelstein⁴⁰.

A análise dos dados parece indicar que o grupo II (HSJ) tem um nível mais elevado de expectativas prévias à consulta quando comparados com o grupo I (HD). Neste contexto é importante lembrar que, embora a população do grupo I (HD) seja mais envelhecida, não existem diferenças significativas no que diz respeito ao estado de saúde percebido daí que possa descartar-se o efeito encontrado em estudos de Remor⁴¹ desta última variável nas diferenças encontradas nas expectativas prévias à consulta.

Apura-se ainda que o grupo I (HD) contém significativamente mais viúvos do que o grupo II (HSJ). Convém não esquecer que associada a esta diferença poderá estar a idade mais avançada identificada no grupo I (HD). Por outro lado, apesar

de ser categoria modal para ambos os grupos, o estado civil casado apresenta mais elementos do que aqueles que seriam de esperar no grupo II (HSJ) o que, tal como Scheppers et al.⁴² refere, poderá funcionar como um facilitador no acesso à consulta de MI do HSJ.

A análise dos dados leva também a que se considere que grupo I (HD) e grupo II (HSJ) têm situações familiares semelhantes. Perante a inexistência de diferenças significativas a este nível poderão pôr-se de parte os efeitos da situação familiar nas diferenças encontradas na utilização dos serviços da consulta de MI e consequentemente no seu Acesso Realizado detectados nos estudos de Aguilar et al.⁴³.

Por outro lado, a análise dos dados permite dizer que os utentes do grupo I (HD) vivem com mais menores de idade que os utentes do grupo II (HSJ) o que não deixa de ser interessante visto o primeiro grupo ser mais envelhecido do que o segundo. Cabe lembrar aqui que, de acordo com Fitzpatrick⁴⁴, ser cuidador de outrem pode constituir uma barreira ao acesso a cuidados de saúde pelo que esta variável deve ser tomada em consideração quando realizada a comparação do acesso potencial à consulta de MI do grupo I (HD) com o grupo II (HSJ).

Embora a proporção de elementos que não detêm qualquer grau académico seja semelhante nos dois grupos em estudo, os elementos pertencentes ao grupo II (HSJ) localizam-se em maior proporção nos níveis superiores de escolaridade: ciclo Preparatório (6º ano), antigo 5º ano/9ºano, antigo 7º ano/12ºano e curso superior. Perante esta análise cabe lembrar que o nível de escolaridade está relacionado com o maior conhecimento da disponibilidade de serviços de saúde, assim como dos benefícios associados à sua utilização, tal como Aguilar et al.⁴³ defende, e que por isso é um determinante bem estabelecido da procura de cuidados de saúde tal como é referido por Ensor e Cooper⁴⁵.

Mais uma vez se considera que a diferença encontrada poderá ter sofrido influência das discrepâncias da idade entre os dois grupos.

Tendo em conta que o grupo I (HD) supera o grupo II (HSJ) também no tocante ao número de desempregados, parece haver uma maior proporção de pessoas activas no grupo do HSJ. Tal facto, mais uma vez, não é de estranhar uma vez que a população do grupo I (HD) é mais envelhecida.

De acordo com o previamente estabelecido, considera-se que a grande maioria da população reside em área urbana, descartando-se por isso os efeitos detectados por Rosenbach e Dayhoff⁴⁶ no que diz respeito à influência da zona de residência no acesso a serviços de saúde.

Tendo em conta que é defendido por Oliveira, Travassos e Carvalho⁴⁷, perante a análise da variável distância e da sua repercussão em tempo de viagem do domicílio ao HSJ pode dizer-se que os elementos do grupo I (HD) se encontram até privilegiados em relação aos utentes do grupo II (HSJ).

Analisando a percepção dos respondentes acerca da maior ou menor facilidade em chegar ao HSJ, parece verificar-se que os elementos do grupo I (HD) percebem a acessibilidade física ao HSJ como mais difícil que os elementos do grupo II (HSJ). Tal facto não deixa de ser interessante uma vez que, tal como se observou anteriormente, o grupo I (HD) encontra-se a residir a uma distância ao HSJ inferior ao grupo II (HSJ), sendo

obrigado a despende menos tempo na viagem. Ressalva-se no entanto que, quando se fala do grupo I (HD), é referida uma população envelhecida com as limitações na mobilidade que lhe são próprias, daí que a percepção sobre a acessibilidade possa diferir entre os grupos. No contexto desta variável parece oportuno lembrar que, de acordo com o que é defendido por Shavers et al.⁴⁸ a percepção de um elevado nível de dificuldades em aceder aos cuidados de saúde está associada a uma menor probabilidade de receber cuidados de saúde e a uma maior demora no início do processo de procura de cuidados quando é percebida a sua necessidade, bem como a uma menor probabilidade de usufruir da sua continuidade após dar entrada no serviço de saúde.

Em conclusão pode dizer-se que existem importantes diferenças a nível do potencial de acesso entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que diz respeito à idade, às expectativas antes da última consulta, ao estado civil, ao número de crianças residentes na mesma casa do respondente, à escolaridade, à percepção sobre acessibilidade física ao HSJ, à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ e à situação profissional. Cabe ressaltar que estas diferenças poderão vir a repercutir-se em diferenças de acesso realizado à consulta externa de MI do HSJ.

B I B L I O G R A F I A

- Nidiry MA, Gozu A, Carrese JA, Wright SM. The closure of a medical practice forces older patients to make difficult decisions: a qualitative study of a natural experiment. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1576-80.
- Serra C. Fim do Hospital do Desterro daqui a duas semanas. Ministro ignora fecho. *Correio da Manhã*. 9 de Fevereiro 2006.
- PÚBLICO. Contra encerramentos: Sindicalistas protestam em frente ao Ministério da Saúde. Público. 24 de Maio 2006.
- TSF. Vinte mil assinaturas contra encerramento de hospital. [Internet]. Lisboa: 12 Mar. 2006 [consultado 10 Out 2009]. Disponível em: http://tsf.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=876940.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. [Internet]. *Health Serv Res*. 1974;9:208-20 [consultado 19 Nov 2007]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1071804&blobtype=pdf>.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40.
- Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Pública*. 1985;27:438-53.
- Millman M. Access to health care in America. Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Services. National Academy Press; 1993.
- Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to health care in today's market. *Health Serv Res*. 1998;33:625-84.
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R et al. What does 'access to health care' mean? [Internet]. London: King's College. Department of Public Health Sciences; 2002 [consultado 20 Dec 2007]. Disponível em: <http://phs.kcl.ac.uk/martin/access.pdf>.
- Ricketts T, Goldsmith L. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005;53:274-80.
- United Nations Research Institute for Social Development. Equitable access to health care and infectious disease control: concepts, measurement and interventions: report of an International Symposium, held 13-15 February 2006 in Rio de Janeiro, Brazil, hosted by the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) and co-organized with the UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), the World Health Organization (WHO) and the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). [Internet]. Conference News. 2007; 19 [consultado 17 Jan 2010]. Disponível em: http://apps.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/equitable-access-health-care/pdf/conference_news.pdf.
- Dadey K. Refugee health: a gender comparison in health care access [dissertation]. [Internet]. Toronto, Ontario, Canada: Ryerson University; 2008. Master of Arts in the Program of Immigration and Settlement Studies. (Theses and dissertations. Paper 90) [consultado 17 Jan 2010]. Disponível em: <http://digitalcommons.ryerson.ca/dissertations/90>.
- Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Quart*. 1972;50:103.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003. ISBN 0-19-515809-0.
- McIntyre D, Mooney G. The economics of health equity. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. [Internet]. *J Epidemiol Commun H*. 2004;58:655-8 [consultado 30 Dec 2007]. Disponível em: <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/58/8/655>.
- Travassos C. Fórum: equity in access to health care. Introduction. [Internet]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24:1159-61 [consultado 17 Jan 2010]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500023.
- Wallace S, Gutiérrez V. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17:394-409.
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Commun H*. 2003;57:254-8.
- Ferrinho P. Avaliação de políticas de saúde. [powerpoint]. [Internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2004 [consultado 10 Dec 2010]. Disponível em: http://www.rtsaude.pt/ficheiros/RTSaude_Doc%5Bavaliacao_politicas_saude%5D.pdf.
- Phillips K, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. [Internet]. *Health Serv Res*. 1998;33:571-96 [consultado 9 Dec 2007]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1070277&blobtype=pdf>.
- Salazar A, Costa J, Rita P. Relationship between service quality, customer satisfaction and behavioural intentions: a study on the hospitality sector. Em: *Proceedings of the 33rd EMAC - European Marketing Academy Conference*, 2004 May 18-21; Murcia, Spain. [Internet]. Brussels: European Marketing Academy; 2004 [consultado 30 Dec 2007]. Disponível em: http://www.institutodeturismo.org/multimedia/paperEMAC_salazar_rita_costa.pdf.
- Feddock C, Hoellein AR, Griffith CH 3rd, Wilson JF, Bowerman JL, Becker NS et al. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Eval Health Prof*. 2005;28:40-52.
- Caetano P. Sistema de avaliação da qualidade apercibida e satisfação do utente dos hospitais EPE [dissertation]. Lisboa:

- ISEGI; 2007. Relatório de estágio do Mestrado em Estatística e Gestão da Informação, ISEGI, Universidade Nova de Lisboa.
26. Bitner M, Hubbert A. Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality the customer's voice. Em: Rust R; Oliver R, editors. *Service quality new directions in theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 72-94.
 27. Chung J, Wong T, Yeung A. Non-attendance at an orthopaedic and trauma specialist outpatient department of a regional hospital. *J Nurs Manage*. 2004;12:362-7.
 28. McCarthy S, McGee H, O'Boyle C. Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality. *Psychol Health Med*. 2000;5:287-93.
 29. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ*. 2003;326:1-5.
 30. Anderson R, Camacho F, Balkrishnan R. Willing to wait? The influence of patient waiting time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res*. 2007;31:1-5.
 31. Koszegi B. Emotional agency: the case of the doctor-patient relationship. [Internet]. Berkeley: UC Berkeley; 2004 [consultado 22 Mar 2010]. Disponível em: <http://elsa.berkeley.edu/~botonfd/doctors.pdf>.
 32. Emany S, Samitt C, Yood R, Dugan E. Patient loyalty, trust and satisfaction: data and observations from a medical group practice. Abstract of Academy Health Meeting. Boston: Massachusetts; 2005.
 33. McIvor R, Ek E, Carson J. Non-attendance rates among patients attending different grades of psychiatrist and a clinical psychologist within a community mental health clinic. *Psychiat Bull*. 2004;28:5-7.
 34. O'Loughlin C, Coenders G. Application of the European Customer Satisfaction Index to postal services. *Structural Equation Models versus Partial Least Squares*. Girona: Girona University; 2002.
 35. Kravitz R. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med*. 2001;134:881-8.
 36. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patient's and physician's views. *Fam Pract*. 2001;18:53-9.
 37. Andersen R, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. [Internet]. *Health Serv Res*. 1983;18:49-74 [consultado 22 Nov 2007]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1068709&blobtype=pdf>.
 38. Nisen J, Schwertman N. A simple method of computing the sample size for Chi-square test for the equality of multinomial distributions. *Comput Stat Data An*. 2008;52:4903-8.
 39. Hoz K, Leon D. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol*. 1996;25:593-603.
 40. Finkelstein M. Hypertension, self-perceived health status and use of primary care services. [Internet]. *Can Med Assoc J*. 2000;162:45-6 [consultado 8 Jan 2008]. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/162/1/45>.
 41. Remor E. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2002;18:283-7.
 42. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2006 [consultado 30 Dec 2007]. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/3/325>.
 43. Nájera Aguilar P, Hernández Avila M, Tapia Conyer R, Angel Lezana M, Gómez de León J, Olaiz Martínez G et al. Bases conceptuales y metodológicas de la encuesta nacional de salud II. [Internet]. *Salud Pública de México*. 1998;40:76-85 [consultado 28 Dec 2007]. Disponível em: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/BASES401.pdf.
 44. Fitzpatrick A, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004;94:1788-94.
 45. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access and influencing the demand side through purchasing. [Internet]. Washington, DC: World Bank Human Development Network; 2004. (HNP Discussion Paper) [consultado 5 Jan 2008]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTH/NUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EnsorOvercomingBarriersFinal.pdf>.
 46. Rosenbach M, Dayhoff D. Access to care in rural America: impact of hospital closures. *Health Care Financ R*. 1995;17:15-37.
 47. Oliveira E, Travassos C, Carvalho M. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. [Internet]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20 [consultado 10 Dec 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800023&script=sci_arttext.
 48. Shavers V, Shankar S, Alberg AJ. Perceived access to health care and its influence on the prevalence of behavioural risks among urban African Americans. *J Natl Med Assoc*. 2002;94:952-62.