

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado de Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

**A PERCEÇÃO DOS UTENTES DE UM CENTRO DE
DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO SOBRE A QUALIDADE DOS
CUIDADOS**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Manuela Teixeira

Coorientação:

Mestre Maria do Carmo Rocha

Maria Isabel Pereira Da Silva

Porto 2014

À Catarina e ao Zé, por estarem sempre ao lado da mãe e por me terem feito acreditar que eu era capaz.

A ti, J. Rainha, “terias ficado orgulhoso por eu ter chegado aqui”.
Obrigada.

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Desafio tão grande como escrever esta tese, é conseguir apenas numa página agradecer às pessoas que fizeram parte desta minha trajetória.

Para mim é importante dizer e deixar o registo de que agradeço:

À Professora Doutora Manuela Teixeira, minha Orientadora deste projeto. Obrigada por ter confiado em mim e por me ter acompanhado ao longo de todo este percurso.

Ao Mestre Maria Carmo Rocha, minha coorientadora, por ter aceitado o desafio de nos acompanhar. Obrigada pela sua preciosa ajuda.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira do Centro Estudos de Investigação da Faculdade de Economia de Coimbra, por toda a colaboração que me disponibilizou.

À Professora Doutora Ana Rita Lopes, pela paciência de tantas horas ao telefone, pela sua preciosa ajuda.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, Coordenadora do Mestrado, por estar sempre presente e pela persistente motivação que me empurrou até ao fim.

Obrigadas amigas: Cristina, Madalena, Alexandra e Helena, pela vossa paciência e por terem partilhado comigo os momentos bons e menos bons deste percurso.

Obrigada Ricardo, pelo seu retoque neste trabalho.

Aos utentes que colaboram neste Projeto.

A todos os meus amigos que, não estando diretamente envolvidos neste processo, me mantiveram motivada e contribuíram para que esta dissertação fosse realizada.

A todos, o meu agradecimento sincero.

“A Excelência não é um modo de agir,
é um hábito”

Aristóteles

SIGLAS E ABREVIATURAS

A.C. – Antes de Cristo

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

DGS – Direção Geral de Saúde

E – Entrevista

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.^a – Enfermeira

EUROPEP – European Task Force on Patient Evaluation of General Practice

Fig. – Figura

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNLT – Plano Nacional da Luta Contra a Tuberculose

Q – Questão

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

S/D – Sem data

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

TB – Tuberculose

TOD – Toma Observada Direta

TQM – Total Quality Management

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

1ª – Primeira

% – Percentagem

(⊥) - Teste t de medidas independentes

RESUMO

Prestar cuidados de saúde com qualidade significa prestar os melhores cuidados possíveis, considerando os recursos disponíveis. A qualidade não pode ser vista apenas como uma característica do produto final (cuidados de saúde), relaciona-se, em simultâneo, com a forma como as coisas se fazem numa determinada organização. A perceção da qualidade, na ótica dos utilizadores, também tem que ser equacionada, já que estes fazem parte do sistema prestador, pelo que é fundamental ir ao encontro das suas necessidades, expectativas e conseguir um elevado grau de satisfação com os cuidados. Pretendeu-se com este estudo, conhecer a perceção dos utentes de um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da ARS Norte, sobre a qualidade dos cuidados. Concetualizou-se um estudo exploratório, transversal, descritivo-correlacional, de natureza qualitativa e quantitativa. Recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 112 indivíduos. Os instrumentos de colheita de dados incorporaram o questionário EUROPEP e a entrevista semiestruturada. Como resultados, 70,9% das respostas dos participantes sobre a qualidade dos cuidados prestados, situam-se num intervalo entre o «Excelente» e o «Muito Bom». Da análise dos discursos das entrevistas e da questão aberta do questionário emergiram as Dimensões Material, Organizacional, Relacional, Continuidade de Cuidados e Técnica. Os aspetos relacionados com o conforto e a higiene revelaram-se de particular importância para os utentes. A localização física do CDP foi identificada como fator dificultador e relacionado com o acesso a transportes públicos. O tempo de espera pelo atendimento foi identificado como algo que pode ser melhorado. Aspetos relacionados com a aplicação da norma TOD (toma observada direta) foram identificados através das opiniões emitidas pelos participantes, os quais expressam nos seus discursos a perceção de não confiança nos utentes, por parte da equipa de saúde, apesar de serem a parte interessada no processo de cura. Os sentimentos de *Proteção e Segurança* estão presentes nos discursos e que contrastam com o *Medo de Rejeição e Isolamento*. No que se refere à obrigação imposta aos utentes de se deslocarem às unidades de saúde para tomar a medicação, entende-se que pode existir um agravamento do estigma social da doença, pelo facto de aumentar a sua exposição. Fica a sugestão sobre

a necessidade de se refletir sobre a norma da TOD e sobre a forma de se alcançar um nível superior, na qualidade do atendimento oferecido no CDP.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde; Satisfação; Tuberculose; Gestão em Enfermagem

ABSTRACT

To provide health care with quality means providing the best possible care considering the available resources. The quality cannot be seen just as a feature of the final product (health care); it relates, simultaneously, with the way things are done in a particular organization. The perception of quality from the point of view of the users also has to be considered, since these are part of the provider system, being fundamental, therefore, to meet their needs and expectations, and achieve a high degree of satisfaction with the care. The intention of this study was to know the perception of the users of a Pulmonology Diagnostic Center (PDC) of the ARS North (Regional Health Administration), on the quality of care. It was conceptualized an exploratory study, transversal, descriptive-correlational, based on qualitative and quantitative methods. It was used a non-probability sample of convenience, consisting of 112 individuals. The instruments of data collection incorporated EUROPEP questionnaire and semi-structured interview. As a result, 70, 9 % of participants' responses on the quality of care, lie in a range between "Excellent" and "Very Good". From the discourse analysis of the interviews and the open question of the questionnaire, emerged the Material, Organizational, Relational, Continuity of Care and Technical Dimensions. Aspects related to comfort and hygiene revealed being of particular importance for users. The physical location of the PDC was identified as a problematic factor which relates to access to public transport. The waiting time for treatment was identified as something that can be improved. Aspects related to the standard DOTS (Directly Observed Treatment) application were identified, through the opinions of the participants, who express in their speeches the perception of no confidence on users, by the health team, despite being the interested part in the healing process. Feelings of safety and security are present in the speeches and contrast with *Fear Rejection and Isolation*. In what concerns the obligation on users to go to the health facilities to take medication, we consider there might be a worsening of the social stigma of the disease due to the fact that it increases their exposure. The need to reflect on the standard of DOTS and how to achieve a higher level in the quality of the treatment that is offered in PDC, can be left here as a suggestion.

Key-words: Quality in Health; Satisfaction; Tuberculosis; Nursing Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. QUALIDADE	25
1.1. Evolução Histórica e Principais Aspetos.....	25
1.2. Qualidade Percebida.....	27
1.3. Qualidade em Serviços e Serviços de Qualidade	30
1.4. A Qualidade no Âmbito dos Serviços de Saúde	31
1.5. Dimensões da Qualidade em Serviços de Saúde	34
1.6. Avaliação da Perceção da Qualidade nos Serviços de Saúde	37
2. SATISFAÇÃO.....	41
2.1. Avaliar a Satisfação do Utente e a Qualidade em Serviços de Saúde: Quando e Porquê?.....	45
3. DOENÇAS DO FORO RESPIRATÓRIO	49
3.1. A Tuberculose	50
4. DESENHO METODOLÓGICO	53
4.1. Objetivos do Estudo.....	53
4.2. Tipo de Estudo e Abordagem.....	54
4.3. Instrumentos de Colheita de Dados	55
4.3.1. Inquérito por Questionário	56
4.3.2. Entrevista Semiestruturada	57
4.4. Contexto do Estudo, População e Amostra	58
4.5. Procedimento.....	61
4.6. Considerações Éticas de Investigação.....	63
4.7. Tratamento de Dados	64
5. APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	67
6. SÍNTESE CONCLUSIVA	95
7. BIBLIOGRAFIA.....	99
8. LEGISLAÇÃO CONSULTADA	117
ANEXOS.....	119
ANEXO I. Questionário EUROPE	
ANEXO II. Autorização do Autor, para utilização do Questionário EUROPEP	
ANEXO III. Guião da Entrevista Semiestruturada	

ANEXO IV. Parecer Favorável Emitido pela Comissão de Ética da ARS Norte, I.P

ANEXO V. Parecer favorável do Senhor Diretor Executivo do ACeS

ANEXO VI. Consentimento Informado para Participação no Questionário

ANEXO VII. Consentimento Informado para Participação na Entrevista

ANEXO VIII. Recursos Estatísticos

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação da Categoria e unidades de registo que identificam a Dimensão Continuidade de Cuidados	85
Quadro 2 - Representação das Categoria e unidades de registo que integram a Dimensão Material	86
Quadro 3 - Representação das Categoria e unidades de registo que integram a Dimensão Organizacional	87
Quadro 4 - Representação das Categorias e unidades de registo que integram a Dimensão Relacional.....	89
Quadro 5 - Representação das Categoria e unidades de registo que integram a Dimensão Técnica.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por grupo etário e por gênero.....	69
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por estado civil e por gênero.....	71
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por situação profissional.....	71
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por grau acadêmico e por gênero	73
Tabela 5 – Testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors (<i>D</i>) e de Shapiro-Wilk (<i>W</i>) na verificação da normalidade das distribuições relativa à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses” por gênero.	74
Tabela 6 - Teste de Levene (<i>F</i>) na verificação da homocedasticidade relativa à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses”	74
Tabela 7 - Representação da Média, Desvio Padrão e Amplitude das respostas dos participantes à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses”, por gênero.....	75
Tabela 8 - Representação da Média e desvio-padrão e coeficiente de variação das respostas dos participantes às dimensões dos Indicadores – Chave EUROPEP e por gênero.....	78
Tabela 9 - Representação da Média, desvio-padrão e coeficiente de variação das respostas dos participantes às dimensões dos Indicadores de áreas específicas e por gênero.....	79
Tabela 10 - Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) das respostas dos participantes, em relação aos Itens: Q39; Q40; Q41	80
Tabela 11 – Frequência relativa (%) das respostas dos participantes em relação ao grau de concordância com os itens Q39; Q40; Q41	80

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, sendo por isso evidente, que a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante indicador de gestão da qualidade. Também se tem verificado, através de investigações produzidas neste âmbito, que só agora tais indicadores começam a interessar e a ser valorizados pelos gestores (Lopes e Portugal, 2010).

O conceito de qualidade aplicado aos produtos e serviços disponibilizados ao consumidor é geralmente empregue para significar excelência desse produto ou serviço.

Segundo Araújo et al. (2009), vários estudos evidenciam uma grande diversidade de definições de qualidade, no entanto, todos são unânimes em considerar que o conceito em análise se baseia numa filosofia de mudança, que obriga à envolvência de toda a organização. Em suma, é notório que todas as definições se complementam e convergem na direção do alcance da excelência.

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, veja-se, a título de exemplo, o Plano Nacional Saúde 2012-2016 (Campos, Saturno e Carneiro, 2010), no qual é referido que o conceito de qualidade em saúde parte da identificação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais do Sistema de Saúde. Dito de outra forma, a qualidade em saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação dos cuidados, pretendendo-se sobretudo obter cuidados centrados no utente.

Para obter a opinião sobre a qualidade de cuidados em saúde, o ideal é ouvir os próprios utentes (Albuquerque, 2012). Está-se, desta forma, a dar-lhes a oportunidade de manifestarem as suas opiniões relativas aos cuidados que lhe são disponibilizados, tornando-os em atores participativos, no que se refere à definição de qualidade dos serviços de saúde.

A importância do papel do utente, na organização dos serviços de saúde, é um dado reconhecido pela comunidade científica, daí o valor atribuído à avaliação da sua satisfação, no que se refere aos cuidados que lhes são disponibilizados pois, só assim as Organizações

podem adotar novas estratégias ou modificar as existentes, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados (Sousa et al., 2008).

Em Portugal o reconhecimento da opinião do utente dispõe de consagração legal, principalmente na Base XXX da Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Deste modo, a satisfação do utente é considerada um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde (Santos, 2009).

Efetivamente, a avaliação da satisfação dos utentes, com os cuidados que lhes são disponibilizados, deve ser vista como um ato normal e desejável, pois é através desta avaliação que se obtêm dados imprescindíveis para planear, orientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade dos serviços, indo de encontro às necessidades e expectativas dos utentes.

A perceção da qualidade de um serviço é construído de forma muito pessoal, existindo portanto, tantas realidades quantos os indivíduos que a descrevem em função das suas experiências e vivências pessoais, ou seja, cada indivíduo explica o que é para si qualidade.

Assim, cada organização deve conhecer o mais possível, os seus utentes, deve ouvi-los, perceber a origem das suas expectativas, saber o que é importante para eles e procurar adequar a sua prestação do serviço. Pretende-se desta forma reduzir ao mínimo a discrepância entre aquilo que o utente espera de um serviço, entenda-se a Qualidade Esperada, e aquilo que efetivamente recebe do mesmo, entenda-se a Qualidade Percecionada.

Certos de que a questão da satisfação dos utentes, relacionada com a qualidade dos serviços prestados é complexa e não pode ser tratada de forma linear, considerou-se importante e pertinente procurar respostas à questão que motivou a realização da investigação: “Qual a perceção dos utentes de um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), sobre a qualidade dos cuidados?”

Os utentes esperam de cada instituição não só a cura, mas também a aquisição de conhecimentos que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida. Neste sentido, conhecer a satisfação dos utilizadores do CDP, irá por certo dar um contributo muito positivo, no sentido de adequar as suas estratégias de ação, às necessidades e expectativas dos utentes, porque, se os sistemas de saúde nada fizerem para proteger ou melhorar a saúde dos cidadãos, não há qualquer razão para a sua existência (Organização Mundial de Saúde, 2008).

A opção pelo desenvolvimento deste projeto de investigação foi sustentada em motivos de interesse profissional, organizacional e facilidade de acesso aos utentes, embora tendo em mente, a necessidade de distanciamento da realidade vivida para que o estudo fique isento de opiniões pessoais. Tem como objetivo geral conhecer a percepção dos utentes de um Centro de Diagnóstico Pneumológico sobre a qualidade dos cuidados.

Os termos cliente (s) e utente (s) são usados nesta dissertação para designar indivíduos que recebem serviços de uma organização de saúde. O uso dessas duas palavras é feito sem distinção: o utente, aquele que está submetido a cuidados de uma organização de saúde num determinado período de tempo, é considerado o cliente do serviço prestado pela organização. Em todo o caso, a designação de “utente”, “cliente”, “doente” ou consumidor de cuidados, não colide com o que preconiza a Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Do ponto de vista estrutural, este projeto está organizado da seguinte forma: inicialmente apresenta-se uma exploração das principais ideias, conceitos e opiniões que visam sustentar o enquadramento teórico, abordam-se as grandes áreas relacionadas com a qualidade, com a satisfação, faz-se uma ligeira incursão sobre as Doenças do Foro Respiratório, onde se encontra contemplada a Tuberculose; num segundo momento, onde se apresenta o correspondente ao estudo empírico, são abordados os aspetos de carácter metodológicos, tais como, os objetivos do estudo, questão de investigação, tipo de estudo, contexto onde se desenvolve o estudo, instrumentos de colheita de dados, procedimentos, tratamento de dados e considerações éticas e um terceiro momento onde se desenvolve a análise e discussão dos resultados. Por último sintetizam-se as conclusões obtidas com esta investigação, bem como a bibliografia que sustentou este trabalho. Em anexo, encontram-se alguns documentos considerados relevantes para o desenvolvimento e para a sua concretização.

A realização deste trabalho foi obviamente circunscrita por dificuldades relacionadas com alguma inexperiência e questões temporais, no entanto, as orientações recebidas, o método e o entusiasmo foram os seus grandes impulsionadores.

Mais do que os resultados obtidos, todo este percurso constituiu um valioso momento de aprendizagem enquanto investigadora.

Desejável seria que o presente estudo pudesse contribuir para a melhoria da satisfação dos utentes dos CDP em geral, porque sendo eles os destinatários da nossa ação, são eles quem exclusivamente sentem os problemas ou necessidades a que se quer dar

resposta e, conseqüentemente, quem melhor pode ajudar a encontrar as soluções mais adequadas (Pisco, 2001).

1. QUALIDADE

A qualidade, observada atualmente como um componente chave dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os utentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e com o máximo de eficiência.

O conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo (Dias e tal., 2010). No entanto, certo é que a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale.

1.1. Evolução Histórica e Principais Aspetos

As preocupações centradas na qualidade não são um tema recente. Elas remontam a civilizações tão antigas como a Egípcia, a Grega ou a Romana, quando o homem procurou o que fosse melhor ou o que mais se adequasse às suas necessidades.

Na Idade Média assistiu-se à fase de Inspeção feita pelos artesãos e artífices que eram responsáveis por assegurar a fabricação dos seus produtos com qualidade e ao surgimento de algumas tarefas de direção, assentes na verificação do trabalho desenvolvido pelo aprendiz, pelos seus superiores. Esta tarefa de verificação foi a primeira diferenciação de atividades relacionadas com a qualidade.

Nessa época foram definidos *padrões rudimentares da qualidade para bens e serviços e níveis básicos de desempenho da mão-de-obra, tendo sido determinadas as condições gerais para o trabalho humano* (Paladini, 1994, pág. 33).

No período da Revolução Industrial, a preocupação com a quantidade prevaleceu relativamente à exigência de qualidade (Pires, 2004).

Chegados ao início do século XX, Frederick Taylor, através da administração científica, deu grande relevância à conformidade em todos os produtos. Pretendendo atender às reais

necessidades manifestas pelos clientes, foram criadas e desenvolvidas técnicas estatísticas, com o objetivo de controlar a qualidade (Garvin, 2002).

Nos anos 50, assiste-se a um crescente aumento dos investimentos industriais, nomeadamente nuclear e petroquímica e à institucionalização da garantia da qualidade, exigida pelos grandes compradores aos seus fornecedores. Verificando-se um excesso de oferta de produtos relativamente à procura, os consumidores tornaram-se cada vez mais exigentes e a qualidade tornou-se o fator chave da vantagem competitiva, em detrimento da quantidade. Nos anos 70, a satisfação das necessidades dos clientes tornou-se uma preocupação constante. O controlo da qualidade em todos os níveis de gestão foi o início da fase da gestão da qualidade em toda a organização (Gomes, 2004).

Nos anos 80, ocorre o aparecimento do conceito de Gestão pela Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*), através do qual, a qualidade deixou de ser apenas um problema da produção e passou a ocupar também a gestão. À orientação para o cliente, baseada na simples preocupação com satisfação de necessidades, acresceu a pesquisa sobre as suas expectativas. A descentralizada passa a ocupar todos os níveis hierárquicos e o trabalho em equipa, a par da melhoria contínua tornam-se princípios fundamentais (Rocha, 2001).

Mas, o que significa realmente qualidade?

Das diversas pesquisas efetuadas sobre o conteúdo atribuído a este termo, resume-se que o mesmo é utilizado em situações muito diversas e distintas. O seu significado nem sempre tem uma definição clara e objetiva, pelo que a interpretação do conceito de qualidade pode assumir definições e significados variados, variando em função do contexto em que o termo é aplicado.

É espectável que todos sejamos a favor de uma boa qualidade, abdicando da má qualidade. Mas, afinal, do que é que falamos, quando nos referimos a qualidade?

A qualidade é considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva (Gomes, 2004). Esta ideia converge com o defendido por inúmeros autores dos quais se destaca Ferreira et al., (2010) e Pisco (2005), ao mencionarem que tentar definir qualidade não é fácil uma vez que o seu conceito é algo complexo e multifacetado, pelo que tem várias perspetivas, não sendo por isso possível obter uma definição absoluta e universal.

Enquanto conceito, a qualidade é um valor conhecido por todos, no entanto, quando referido ao mesmo produto ou serviço, este é definido de forma distinta consoante as necessidades, experiências ou expectativas de cada um (Rocha, 2010).

É nesta mesma perspetiva que Ferreira (2000) define Qualidade, como sendo 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 ótica do consumidor.

O termo qualidade, se for aplicado aos produtos ou serviços disponibilizados ao consumidor, pode ser definido como o produto estar em conformidade com as exigências dos clientes; a relação custo/benefício estar adequada às expectativas do cliente; adequação ao uso; possuir valor agregado, que produtos similares não possuem; fazer certo à primeira vez; produtos ou serviços com efetividade. Em resumo, podemos concluir que, o termo é geralmente empregue para significar "excelência" de um produto ou serviço.

Qualidade é simultaneamente um atributo e uma propriedade inerente das coisas, o que permite que estas sejam comparadas com outras da mesma tipologia ou natureza.

O produto ou serviço oferecido é de qualidade? Tudo passa por dar resposta à pergunta, clarificando o conceito de qualidade e sua respetiva evolução.

1.2. Qualidade Percebida

A forma como um serviço é prestado é o principal aspeto percecionado pelo cliente. No decorrer deste processo assiste-se a um encontro de serviço, ou seja, o serviço é prestado e consumido no mesmo momento. Esse encontro é desenvolvido em vários momentos de interação que por sua vez, vão criar um determinado impacto na perceção total da qualidade desse serviço. Esses momentos consistem numa oportunidade que o fornecedor tem para demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços.

Os momentos de contacto entre o cliente e o prestador do serviço podem ser designados por momentos da verdade e traduzem as interações entre comprador e fornecedor. Estes momentos da verdade são os momentos em que o cliente entra em contacto com algum aspeto da organização e obtém uma impressão da qualidade dos seus serviços (Las Casas, 1999). Efetivamente, os clientes percebem a qualidade como um conceito muito mais amplo, que vai para além da qualidade técnica do produto.

A qualidade percebida tal como é definida não é mais do que o julgamento do consumidor sobre a excelência ou superioridade global do produto.

Situando-nos no setor de serviços, a qualidade percebida pode ser definida como a avaliação que o cliente faz do serviço, durante ou após a conclusão do processo. Esta avaliação é feita pela comparação entre o que o cliente esperava e o que ele percebeu do serviço que lhe foi prestado.

Um produto ou serviço pode ser muito bom tecnicamente, muito bem produzido, no entanto se a relação e a forma de tratamento do cliente pelo profissional forem inadequados ou insatisfatórios, a qualidade percebida pelo cliente não será boa.

A qualidade é percebida pelo cliente subjetivamente. Neste contexto, surgem-nos dois conceitos, os quais não podemos ignorar ao abordarmos a problemática da qualidade: expectativa e percepção.

A boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, ou seja, à qualidade esperada. Se as expectativas forem muito altas, a qualidade total percebida será baixa mesmo se a qualidade experimentada, medida em forma objetiva, for boa.

A qualidade aplicada a serviços deve ser basicamente, *aquilo que os clientes percebem* (Gronroos, 1995, pág. 89), sendo que a qualidade percebida do serviço é o resultado da comparação das percepções com as expectativas do cliente.

Relativamente ao conceito de qualidade, este é subjetivo e diversificado e varia sobretudo, em função do sujeito que a define. Cada indivíduo explica o que é para si qualidade em função das suas experiências pessoais. O conceito de percepção da qualidade de um serviço é construído de forma muito pessoal, existindo portanto, tantas realidades quantos indivíduos que a descrevem, em função das suas experiências e vivências pessoais (Cárcamo, 2011).

A qualidade dos serviços é por certo um fator abstrato e complexo, pressuposto que assenta nas suas características de intangibilidade (constituindo-se em *performances* e experiências), heterogeneidade (a sua *performance* varia de pessoa para pessoa, de consumidor para consumidor e de dia para dia) e inseparabilidade da produção e do consumo. Daqui resulta a ideia segundo a qual os consumidores estão, por regra, onde os serviços são produzidos, observando e avaliando o respetivo processo enquanto experimentam o serviço.

Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) debruçaram-se sobre a questão de como os consumidores avaliam a qualidade de um serviço. Para o efeito, nos seus estudos

concluíram que os clientes avaliam a qualidade do serviço comparando o que desejam ou esperam com aquilo que experimentam. Os autores referem ainda que a qualidade de serviço, da maneira como é percebida pelos consumidores, pode ser definida como entre as expectativas ou desejos dos consumidores e as suas percepções ou também dizendo as expectativas dos clientes sobre os serviços situam-se a dois níveis diferentes: um nível desejado e um nível adequado. O primeiro espelha-se no serviço que o cliente espera receber (um misto do que o cliente acredita que *pode ser* com o que *deveria ser*), o segundo reflete o que o cliente acha aceitável (o mínimo aceitável).

É difícil definir qualidade em serviços, pelo facto de a mesma se encontrar ligada a comportamentos subjetivos de cada cliente. Por sua vez, estes podem ter percepções totalmente diferentes sobre o mesmo serviço. Apesar da subjetividade que rodeia a definição, a qualidade percebida é determinada pela diferença entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada, ou seja, é a diferença entre as percepções e as expectativas do cliente (Pereira, 2008).

Refletindo sobre as expectativas criadas pelos clientes em relação a um serviço, encontram-se inúmeros os fatores que as influenciam, tais como: as necessidades individuais de cada cliente, desejos, constrangimentos; experiências tidas no passado com este ou com outro serviço; a imagem que a organização tem no mercado, o marketing, o *word-of-mouth* (o passa palavra) e todos os fatores que contribuem para que o cliente construa um pré-conceito e idealize de que forma determinado serviço será.

Assim, e de acordo com as suas necessidades específicas, cada cliente faz a sua própria avaliação acerca da qualidade, sendo que essa avaliação varia de pessoa para pessoa e a qualidade percecionada do serviço é diferente.

Uma zona de tolerância separa o nível desejado do adequado, delimitando o âmbito do desempenho do serviço que o cliente considera satisfatório. Assim, a organização deve tentar identificar o cliente, ouvi-lo, perceber a origem das suas expectativas, saber o que é importante para ele, procurar adequar a sua prestação do serviço e reduzir a discrepância entre expectativas e percepção. Desta forma, objetiva-se reduzir ao mínimo a discrepância entre aquilo que o cliente espera de um serviço ou seja, a Qualidade Esperada e, aquilo que efetivamente recebe do mesmo, a Qualidade Percecionada.

1.3. Qualidade em Serviços e Serviços de Qualidade

Pinto (2006) é da opinião que, para o consumidor, serviços são quaisquer atividades colocadas à venda que proporcionem benefícios e satisfações valiosas; trata-se de atividades que o cliente não possa ou prefira não realizar por si próprio.

A definição de serviço tem sido associada às mais diversas interpretações, resultado do próprio desenvolvimento da sociedade. Existem muitos conceitos e abordagens deste tema, o que torna difícil de o definir de forma objetiva e direta.

Para os autores Zeitham e Bitner (2003) serviços são atos, processos e performances, bem como todas as atividades económicas, cujo produto não é físico ou construído.

O principal objetivo dos fornecedores de serviços é o de desenvolver e proporcionar ofertas que satisfaçam as necessidades dos clientes e as suas expectativas, tal qual o objetivo dos outros setores.

A percepção da qualidade apresenta dimensões distintas consoante se refira a produtos ou a serviços.

Diz-se que um serviço ou um produto tem qualidade, quando este atende as necessidades e as expectativas dos seus clientes e o valor de um serviço só é efetivo quando o serviço se realiza.

A satisfação do cliente com a qualidade do serviço, pode ser definida por comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado. Quando se excedem as expectativas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional e também como uma agradável surpresa. No entanto, quando não se atende às expectativas, a qualidade do serviço passa a ser vista como inaceitável. Quando se confirmam as expectativas, a qualidade é satisfatória.

Grönroos (1982) apresentou a qualidade dos serviços experimentada pelos clientes sob duas dimensões: a Dimensão Técnica (resultado) referente ao que é entregue pela empresa ao cliente e a Dimensão Funcional, esta referente à forma como o serviço é prestada, ou seja, ao processo que os clientes têm de se sujeitar para obter aqueles resultados.

Mais tarde, outros autores, dos quais se destacam Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991), com base nos estudos que efetuaram sugeriram que os clientes avaliassem a qualidade dos serviços tendem como ponto de partida cinco dimensões: confiabilidade, prontidão, segurança, empatia e tangibilidade.

A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço manifesta-se quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas (Eleutério, e Souza, 2002).

Apesar da lógica e da aplicabilidade do raciocínio em compreender a importância de fornecer serviços com excelente qualidade, tal não é suficiente, pois torna-se necessário que haja um processo contínuo de monitorização das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, identificação das causas das discrepâncias encontradas e adoção de mecanismos adequados para a melhoria.

Assim, pode dizer-se que ao longo do processo de aquisição de um serviço, as diversas ocorrências de satisfação resultam de um julgamento contínuo da sua qualidade, tendo por base, a expectativa do cliente/utente.

A expectativa do cliente, ao ser formada, assenta em três aspetos principais: a comunicação interpessoal; as necessidades individuais; a experiência passada. Estes três aspetos são considerados determinantes da qualidade dos serviços e sustentam-se num processo de renovação continua (Panapuraman et al., 1988).

1.4. A Qualidade no Âmbito dos Serviços de Saúde

A evolução dos sistemas de saúde e a crescente consciencialização dos utentes sobre os seus direitos fez emergir preocupações relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, também é verdade que a evolução da qualidade em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros setores e serve-se, com as devidas adaptações, dos conceitos desenvolvidos para a indústria e serviços (Santos, 2009).

Atualmente, a qualidade na saúde surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados prestados, sendo vista como um seu atributo essencial (Sousa et al., 2008).

O tema sobre a qualidade em saúde assenta principalmente em três momentos principais. No primeiro momento, assistiu-se ao aparecimento da associação do tema da qualidade aos serviços de saúde. Este facto verifica-se nos Estados Unidos, no começo do século XX. O mesmo começou por ser afeto somente a pequenos grupos de médicos mais conceituados e que designaram de “*A Quality Assurance*” (garantia de qualidade). Este método foi utilizado para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos, através da avaliação do cuidado médico (Separioni, 2009).

A *Quality Assurance*, impulsionada pelos estudos efetuados por Donabedian (1989), desenvolveu-se e difundiu-se quer a nível metodológico, quer a nível de conceito, em vários países do mundo, contando para o efeito com a ajuda da OMS. Entretanto assistiu-se também ao aparecimento de outros métodos de monitorizar e avaliar a qualidade técnica relacionada com a saúde. A prática baseada em evidências e as *Guidelines* surgiram como um conjunto de ferramentas, cujo objetivo principal era o de orientar o desempenho profissional e estimular mudanças nas práticas adotadas (Serapioni, 2009).

Até meados dos anos 80, falar de qualidade em saúde era aludir somente à qualidade na sua Dimensão Técnica, melhor dizendo, à capacidade dos profissionais da saúde de escolherem as práticas consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico.

O segundo momento veio focalizar-se nos aspetos que não tinham sido consideradas nas abordagens anteriores, aspetos esses dirigidos para questões organizacionais e para os processos de gestão da qualidade (Giarelli, 2002).

Com a institucionalização das Cartas de Serviços (*Citizens' Charters*), o Livro Branco do governo britânico *Working for the Patient* de 1989, entra-se no terceiro momento da avaliação da qualidade em saúde, o qual tem como principal característica o facto de a perspectiva do utente ser considerada essencial, tornando-se necessária a sua agregação à perspectiva técnica e organizacional (Serapioni, 2009).

Atualmente assiste-se, mais uma vez, a uma alteração de paradigma, passando a ênfase da atenção, para uma Dimensão mais abrangente, na qual se procura a satisfação das necessidades e interesses, como referem Eiriz, et al. (2004), incidindo-se, agora, sobre os três principais grupos de agentes envolvidos: os prestadores do serviço de saúde; os gestores das organizações prestadores de serviços; os utilizadores dos serviços.

O sistema de saúde deve assim funcionar como uma rede de relações entre os diferentes intervenientes. Os diferentes intervenientes têm perceções e expectativas por vezes diferentes ou mesmos opostos, pelo que a qualidade deve ser uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde e passa por promover a centralização do sistema no cidadão, com o objetivo da sua satisfação (Tanaka e Melo, 2004).

As instituições enfrentam o grande desafio de satisfazer as necessidades, interesses e procura dos clientes, sendo que cada um, apresenta-se com necessidades e expectativas distintas. Cada cliente vê a qualidade em saúde de forma muito específica, (...) *nos sistemas de saúde movimentam-se múltiplos atores, com distintos interesses e motivações, desempenhando diferentes papéis no seio do mesmo* (Sousa e Martins, 2008, pág. 14).

Atualmente assiste-se a uma crescente tendência para centrar a Gestão da Qualidade Total, no cliente, sendo este o centro. Nesta ótica, a qualidade é vista como o resultado do alinhamento do eixo entre os serviços oferecidos pelas organizações e as necessidades dos clientes.

Groene et al. (2009) é da opinião que, cada vez mais, as organizações implementam estratégias centradas nas necessidades dos clientes.

Mezomo (2001) recorda ainda que, quando se fala no conceito de qualidade e se pretende chegar à sua definição, é necessário ter presentes três premissas fundamentais: “missão” estando aqui enquadrados os objetivos estratégicos; “serviços” ou os produtos; a “satisfação dos clientes”.

Sousa et al. (2008) referem a necessidade em se manter um ciclo de melhoria contínua da qualidade e este ciclo deve-se realizar num sistema de Gestão Qualidade Total. Este sistema caracterize-se por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo sistemático de melhoria, num quadro de responsabilidade e participação coletiva, o qual busca a satisfação, não só do cliente, mas de todos os *stakeholders* (clientes, profissionais, gestores, acionistas, comunidade) e também a excelência organizacional da empresa (Machado et al., 2003).

À semelhança do que Donabedian (1980) defendia, também Campos et al. (2009) entendem que o desenvolvimento da qualidade deve ser abordado de uma forma integrada e sistemática, tendo presentes três vertentes indissociáveis: a técnico-científica; a relação interpessoal profissional/utilizador e as amenidades, que englobam o conforto, a estética das instalações e os equipamentos.

Já para o DGS (Direção Geral de Saúde), a qualidade em saúde devia ser perspetivada numa ótica de Gestão da Qualidade Total e ser orientada pelos seguintes conceitos: orientação para os resultados, foco no cliente; liderança e consistência de intenções; gestão por processo; desenvolvimento e envolvimento das pessoas; aprendizagem contínua; inovação e melhoria contínua; desenvolvimento de parcerias e responsabilidade pública. Esta visão deixa claro que existe uma interdependência entre a satisfação dos clientes, dos colaboradores e que os resultados só podem ser melhorados através do envolvimento de todos os que aí trabalham, num processo de melhoria contínua.

1.5. Dimensões da Qualidade em Serviços de Saúde

As dimensões da qualidade em serviços de saúde é um tema bastante atual e que tem vindo a integrar as prioridades e interesses nas agendas e nas políticas de muitos países. Este facto é impulsionado pelo desenvolvimento de novas orientações políticas, que se centram sobretudo na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*), nas estratégias de melhoria da qualidade, nas crescentes preocupações pela gestão do risco e segurança, no cada vez mais acentuado interesse pela avaliação do grau de satisfação dos utilizadores e dos resultados obtidos (Pisco e Biscaia, 2001).

Um aspeto importante neste âmbito de definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões, onde cada instituição deve escolher conscientemente os seus atributos-alvo que definirão a qualidade.

Mas que dimensões ou atributos são esses?

Para Donabedian (1980), a definição para qualidade deveria constituir-se basicamente por três dimensões:

- **Estrutura** – Relaciona-se com os recursos físicos, humanos, materiais, e financeiros necessários para a assistência clínica (ambiente físico e organizacional). Em suma, todos aqueles aspetos que facilitam a prestação dos cuidados;
- **Processo** – Refere-se à forma como os cuidados são prestados, considerando o ponto de vista técnico e engloba o diagnóstico, o tratamento e os aspetos éticos da relação profissionais de saúde e utente;
- **Resultado** – Corresponde ao produto final da assistência prestada (resultado dos cuidados) considerando a saúde, a satisfação dos padrões e expectativas dos clientes.

Posteriormente, Donabedian (1990) ampliou essas dimensões, para o que lhe chamou de Sete Pilares da Qualidade: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade; equidade.

- **Eficácia** – O melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis, dado o estado do utente e mantidas as restantes circunstâncias. É a obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas).
- **Efetividade** – Indica o grau de obtenção da melhoria da saúde, a relação existente entre a melhoria possível e a efetivamente obtida, ou seja a melhoria na saúde alcançável, nas condições habituais da prática quotidiana.
- **Eficiência** – É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, é a habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade deles.
- **Otimização** – Representa o equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e seu custo, torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado de saúde não são avaliados de forma absoluta, mas em relação aos custos.
- **Aceitabilidade** – Refere-se à adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos utentes e gestores. A aceitabilidade dos serviços pelo utente envolve uma série de fatores como: efetividade; eficiência; acessibilidade ao cuidado; oportunidade; relação profissional-utente; comodidade; resultados; custo e equidade.
- **Legitimidade** – É a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas e nos costumes.
- **Equidade** – Princípio pelo qual se determina o que é razoável, na distribuição pelos membros da população, do cuidado e dos seus benefícios. É a conformidade como princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde, entre os membros de uma população.

Existem muitas dificuldades na definição de medidas para avaliar a qualidade, considerando-se para o efeito que muitas atividades do sistema de saúde não são mensuráveis. A complexidade, dimensão e heterogeneidade dos sistemas de saúde poderão estar na origem das barreiras que dificultam essa avaliação.

A OMS considera como componentes da qualidade dos cuidados de saúde, o elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, os riscos mínimos para

os doentes, a satisfação para os utilizadores e os resultados de saúde obtidos. Estas dimensões serviram de base para a construção de indicadores de qualidade em várias partes do mundo que posteriormente foi adaptado pela Organização Mundial de Saúde.

Para as unidades prestadoras de cuidados de saúde, Gestão da Qualidade Total deve ser o veículo da promoção de melhoria contínua da qualidade, sendo esta cada vez mais um imperativo, sob o ponto de vista de numa lógica de mercado, visível no sector da saúde (Rego, 2008).

Em Portugal tem-se verificado um considerável empenho na implementação do conceito de qualidade em saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (aprovado pelo Despacho do Ministério da Saúde n.º 14223/2009, de 24 de junho) aponta as grandes linhas de ação que devem nortear as ações de promoção da Qualidade em Saúde. Adicionalmente foi também criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, nomeado em 2009 (Despacho do Ministério da Saúde n.º 13793/2009, de 16 de junho).

Desta forma, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, nomeadamente no Plano Nacional Saúde 2012-2016 (CAMPOS, SATURNO e CARNEIRO, 2010). O conceito de qualidade em saúde tem como ponto de partida a identificação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais do Sistema de Saúde e deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação dos cuidados de saúde. Em suma, o que se pretende obter são cuidados centrados no utente e são várias as dimensões a ter em conta (*Ibidem*).

A adequação e a efetividade dos cuidados, sem as quais todas as outras perdem significado; a equidade e a não discriminação no acesso aos cuidados; a continuidade e integração dos cuidados durante todo o processo assistencial; a eficiência na utilização dos recursos, de forma a obter cuidados de qualidade a um custo sustentável; a segurança dos doentes, profissionais e das outras partes interessadas; a oportunidade na prestação dos cuidados e a comunicação e participação.

Quando se pretende falar de qualidade, torna-se necessário que seja assegurado aos utentes um nível aceitável de cuidados, isto é, do ponto de vista do utente, qualidade será a medida em que os cuidados de saúde prestados satisfazem as suas necessidades (Sale, 2000).

Assim, torna-se relevante a presença de um conceito de qualidade, fortemente marcado pela subjetividade e este conceito fundamenta-se, nas palavras de Hesbeen (2001, pág. 155), (...) *a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana e é, portanto, extremamente variável (...)*.

A qualidade constitui-se desta forma, num fator estratégico para a eficiência e produtividade dos profissionais e para a avaliação e vontade dos consumidores para adquirir serviços, pelo que deve ser medida e avaliada.

Assim, avaliar a perspectiva do utente assume toda a importância, quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde. O papel do utente como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Seguindo esta vertente torna-se fundamental conhecer como os utentes avaliam o atendimento prestado, para pensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (Dias e Costa, 2010).

1.6. Avaliação da Percepção da Qualidade nos Serviços de Saúde

Muito se tem escrito sobre a avaliação de serviços e este tema continua a ser uma área que traz em simultâneo grandes e interessantes desafios. As preocupações centrais continuam a motivar o debate sobre o assunto, colocando-se a questão de saber quem vai avaliar a qualidade e sob que critérios. Para Pisco (2005), é de fundamental importância determinar o critério sob o qual a avaliação deve ser realizada. Esse critério pode ser técnico, funcional, ou técnico e relacionado ao processo (Zeithaml e Bitner, 2003).

As medidas de qualidade do serviço têm sido correlacionadas com a satisfação do utente com os serviços. No entanto, do resultado das pesquisas efetuadas, não foi encontrado consenso sobre a melhor forma de conceituar a relação entre a satisfação do utente e as suas percepções sobre a qualidade em saúde.

Loveck e Wirtz (2004), referindo-se à mensuração da qualidade de serviços, são da opinião de que esta se tem tornado um assunto complexo, pois a satisfação dos utentes é determinada por um elevado número de fatores intangíveis.

Os clientes avaliam os serviços durante ou após a conclusão do processo (por regra, os serviços não podem ser avaliados antes de sua prestação), em consequência, pode dizer-se que a avaliação da qualidade dos serviços ocorre através da comparação entre aquilo que o cliente esperava do serviço, com o que ele percebeu do serviço prestado. Dito de outra forma, a avaliação do cliente é feita em função de suas expectativas e de sua percepção do

serviço. Assim, pode ocorrer variação significativa entre a expectativa da qualidade de tratamento do utente e a qualidade de serviço percebido do tratamento. Quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, eles julgam-no em função de algum padrão interno que existia antes da experiência de serviço. Esse padrão interno constitui a base para as expectativas do cliente.

Quando se fala em avaliar a qualidade no setor da saúde, frequentemente se recorre à avaliação através da satisfação dos utentes com os serviços.

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry, desenvolveram um modelo para avaliação e medição da qualidade de serviço, conhecida como o Modelo SERVQUAL. Segundo este Modelo, a qualidade é avaliada através da comparação entre as expectativas e o desempenho do serviço, isto é, a discrepância entre as expectativas do cliente/utente e a sua perceção em relação ao serviço prestado

Em 1997, Cleary e Edgman efetuaram e debruçaram-se sobre a pesquisa na área da satisfação do atendimento, relativo ao setor da saúde. Concluíram que os utentes não medem a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, pois estes não incluem na sua avaliação aspetos significativamente importantes, tais como, o serem tratados com respeito e estarem envolvidos nas decisões de tratamento.

O'Connor e Shewchuk (2003), referindo-se aos serviços de saúde, entendem que o foco deve ser a medição técnica e qualidade funcional (como os cuidados são prestados) e não a satisfação do utente. Os autores concluíram que a satisfação do utente mede o efeito da perceção da qualidade de serviço sobre as intenções comportamentais, o que inclui adesão aos regimes terapêuticos, seguindo as orientações do prestador de cuidados.

Tendo em consideração aquilo que foi explorado pelos referidos autores, pode resumir-se que existem alguns fatores que são referidos como determinantes para a satisfação dos utentes, tais como as expectativas do cliente, as suas necessidades, os seus desejos, as suas experiências anteriores, entre outras.

Tendo em consideração o que os autores já referidos expuseram, surge-nos Gil e White (2009) referindo que a satisfação do utente tem sido extensivamente estudada, tendo para o efeito, sido desenvolvidos e criados diversos instrumentos. Referem ainda que apesar de se ter disponível vasto tipo de instrumentos para a colheita de informação junto dos utentes, continua a privilegiar-se o recurso aos questionários. Neste sentido, reforçam a opinião de que, para efetivamente se conhecer a perceção do utente sobre a qualidade de um serviço, o melhor é perguntar-lhe, opinião concordante com Duarte (2006) ao referir

que a forma mais conhecida e tradicional de medir a qualidade dos serviços de saúde é evidenciada nas expectativas e percepções dos utentes.

Refletindo sobre o conceito de envolvimento do utente, Albuquerque (2012) refere que ninguém sabe melhor do que os pacientes. Neste sentido, procura proporcionar-se ao utente a hipótese de manifestar a sua opinião relativa aos cuidados, tornando-o num ator participativo na tomada de posição em relação aos serviços de saúde saindo da posição de mero espectador ou simples utilizador.

Um dos fatores que sustenta a importância para a organização da medição da satisfação é a distância existente entre o cliente e a organização. Esta distância ganha fundamento no facto de existirem diferenças entre o serviço que a organização pensa ter prestado e o serviço que o utente pensa ter recebido, no que a organização pensa que o cliente quer e o que o cliente realmente quer, a expectativa da qualidade de serviço do cliente e o desempenho do mesmo, aquilo que o marketing promete e o que é a realidade. Assim, a única maneira de a organização conseguir diminuir estas distâncias é conhecê-las.

A importância de obtermos alguns indicadores sobre a percepção da qualidade dos serviços de saúde, através do nível de satisfação dos utentes, só se torna verdadeiramente significativo a partir do momento em que essa prática seja efetuada com regularidade. Isso permitirá o controlo sobre os resultados das melhorias implementadas e em simultâneo adequá-las às necessidades e expectativas dos seus utentes.

2. SATISFAÇÃO

São vários os estudos de satisfação dos utentes e a sua relação com a qualidade do bem/serviço. Acredita-se que este fenómeno se associa a um crescente nível de exigência dos utentes, o que por sua vez impulsiona uma reorganização dos serviços de saúde. (Pires, 2007).

Mas, o que é afinal a satisfação?

A satisfação pode estar associada às expectativas legítimas dos utentes relativamente aos serviços de saúde, outras que não estando diretamente ligadas ao estado de saúde e que, de alguma forma, afetam a relação do utente com os serviços de saúde e com os profissionais, nomeadamente, atendimento digno, confidencialidade, privacidade, tempo de espera, entre outros (Cruz e Melleiro, 2010).

Assim, pode considerar-se a satisfação como um conceito de natureza fundamentalmente subjetivo, em que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) têm adquirido relevância (Esperidão e Trad, 2006).

A satisfação do utente aparece como um conceito multidimensional, ainda não bem definido, e parte de um modelo complexo aparentemente ainda a ser determinado (Hawthorne et al., 2006).

A satisfação relaciona-se com algo ligado à qualidade do produto que se oferece ou ao serviço que se presta. Só percebe a qualidade quem consome o produto ou serviço. Dito de outra forma, não adianta uma empresa ter produtos ou serviços com excelente qualidade do ponto de vista técnico se, na altura de os mesmos serem oferecidos ao mercado, o público-alvo não perceber essa qualidade.

Para satisfazer necessidades e expectativas dos clientes, a primeira condição é que se conheçam essas necessidades e expectativas. Só haverá satisfação do cliente se ele perceber que a empresa empenhou-se de facto, em descobrir o que ele necessitava e desenvolveu para ele o produto ou serviço adequado.

Hunt (1977) apresentou uma das primeiras definições de satisfação, classificando-a como sendo o resultado de uma experiência que foi, pelo menos, tão boa quanto devia ser. Esta definição apresenta-nos três características essenciais:

- Trata-se de um julgamento, com caráter avaliativo, que se baseia em experiências que resultam de um processo cognitivo integrando em simultâneo, elementos afetivos. Este tipo de julgamento apresenta-se como a avaliação de uma emoção, mas não a emoção em si mesma;
- A experiência que daqui resulta, e que fundamenta o julgamento, apresenta-se como posterior à aquisição do bem ou produto;
- A avaliação apresentada é um processo comparativo entre a experiência subjetiva vivida pelo cliente e uma base de referência inicial, isto é, anterior à aquisição, daí resultar num caráter relativo da satisfação.

Outras definições surgiram posteriormente às dos referidos autores e assiste-se ao aparecimento de teorias de satisfação.

As principais teorias de satisfação dos utentes foram publicadas na década de 1980, sendo que as teorias mais recentes em grande parte, são reformulações das anteriores (Hawthorne et al., 2006).

Em suma, os conceitos de satisfação podem ser classificados em duas correntes principais:

- Como sendo o resultado de um processo (a experiência de consumo);
- Como o todo ou parte desse processo.

Assim, enquanto processo, o conceito de satisfação centra-se em questões percentuais, avaliativas e nos processos psicológicos que se combinam para gerar satisfação do utente. As definições de satisfação, enquanto resultado, focalizam-se no estado psicológico, decorrente da experiência de consumo.

A satisfação é um conceito relativo e só tem relevância quando se refere a um serviço. Além disso, vários estudos apontam que separadamente, a satisfação do utente resulta de uma avaliação cognitiva do serviço e que esta é afetada emocionalmente, pelo seu estado naquele momento, porquanto ela é uma percepção subjetiva (Crowet al., 2002). Estes mesmos autores analisaram 37 estudos que investigaram questões metodológicas e 138

estudos que investigaram os determinantes da satisfação. Terminada a análise aos estudos, concluíram que o consenso quanto à concetualização definitiva da satisfação na área da saúde ainda não foi alcançado e que a compreensão do processo pelo qual os utentes se tornam satisfeitos ou insatisfeitos permanece ainda sem resposta.

O problema maior que se coloca, refere-se ao facto de muitas organizações não se empenharem em saber se os seus clientes estão ou não satisfeitos ou se estes não se costumam manifestar espontaneamente quanto à sua satisfação.

A não satisfação é definida como um descontentamento ou uma falha em relação à satisfação (Crowet al., 2002).

Dru Scott (2000), uma das maiores especialistas na avaliação da satisfação de clientes manifesta-se de forma extremamente assertiva relativamente à conceção da ideia de que, tudo tem que ser feito em função da vontade e expetativa do utente. Quanto a este assunto, a autora refere que *o cliente nem sempre tem razão, mas o cliente é sempre o cliente* (pág. 59). Com esta afirmação, a autora quer alertar para a situação em que a satisfação manifestada de forma positiva, nem sempre é evidente. Frequentemente os utentes evidenciam a sua insatisfação, através de atitudes, comportamentos ou outros processos. Esta autora explica que perante a manifestação de uma situação de insatisfação, solucionar o problema que a motivou, é muitas vezes muito mais produtivo do que procurar saber quem está certo. Ao seguir este percurso, a organização estará a caminho de obter a satisfação do cliente. Para a autora é irrelevante se o cliente tem ou não razão, pois o que importa é o compromisso que a organização tem em oferecer aos clientes, sempre que possível, aquilo que eles desejam.

Como dizem Møller e Barlow (1996, pág. 20) na obra – *Reclamação de cliente? Não tem melhor presente. – quando os clientes estão insatisfeitos com os produtos ou serviços, eles têm duas opções: podem dizer alguma coisa e emitir a sua opinião, ou irem embora. Se forem embora e não emitirem qualquer comentário, estão, teoricamente, a tirar às organizações uma oportunidade de reparar a insatisfação. Em contrapartida, os clientes que reclamam ainda estão em interação com a organização, dando-lhe dessa forma, a oportunidade de torná-los satisfeitos. Assim, aumenta a probabilidade de que voltem a comprar os produtos ou serviços da empresa ou, até mesmo, que os recomendem.*

Daqui se depreende que outro modo de se avaliar a satisfação dos utentes é através das reclamações apresentadas. Deve dar-se especial atenção quando há resultados desfavoráveis expressos em reclamações, pois esse tipo de resultado pode servir como indicador relevante sobre o serviço em questão.

Vários autores, tais como Cabate et al., (2012) continuam a efetuar estudos direcionados para a avaliação das reclamações, em contexto da prestação de serviços. Os seus resultados podem e devem servir essencialmente para esclarecer em que aspetos ou áreas o serviço em estudo pode e deve ser melhorado.

Também é do conhecimento comum, que dificilmente se gosta de receber feedback negativo, afinal, espera-se mais um elogio do que uma crítica, no entanto e avaliado na ótica de oportunidade para melhorar a qualidade os clientes que reclamam, estão somente a oferecer-nos uma oportunidade de corrigir algo que está desadequando.

A insatisfação surge quando não se verifica uma correspondência direta entre a perceção com que se fica após a utilização de um produto/serviço e a expectativa inicial que se tinha em relação a esse mesmo produto/serviço. Por essa razão, deve-se igualmente destacar que uma situação crítica, quando tratada de forma correta, oferece excelentes oportunidades para demonstrar que a instituição “vale a pena”.

A nível dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o conceito de envolvimento e participação ativa dos utentes nas questões relacionadas com a sua saúde, tem tido sucessivamente uma acentuação cada vez mais significativa. Concorda-se que haja efetivamente diferenças na perceção acerca dos resultados de saúde, entre prestadores e utentes. No entanto, reconhece-se a importância do utente como agente ativo na melhoria da qualidade em saúde. Torna-se importante que o utente compartilhe as suas experiências positivas, mas também as negativas, contribuindo desta forma, para a deteção de aspetos que podem ser melhorados.

A utilização das experiências negativas e que são as que, por excelência desencadeiam insatisfação e reclamação, é uma mais-valia e uma oportunidade que os serviços têm para adequar as características dos serviços que oferecem às expectativas dos seus utentes consumidores. Torna-se evidente que, ao longo de toda a década, assistimos a uma propensão do utente, para reclamar. Acredita-se haver uma provável relação com a maior exigência e consciencialização dos utentes, pelo facto de estes estarem melhor informados dos seus direitos (Cabete et al., 2012). Neste sentido, entende-se que o envolvimento do utente na definição de Qualidade de Cuidados, não é de todo desadequado.

2.1. Avaliar a Satisfação do Utente e a Qualidade em Serviços de Saúde: Quando e Porquê?

Os estudos sobre a satisfação, segundo Esperidião e Trad (2006) começam a ter alguma visibilidade a partir da década de 1970, fundamentalmente nos Estados Unidos e Inglaterra. Estes estudos estavam direcionados para o paradigma do consumismo e da cultura da qualidade.

A satisfação do cliente assume um papel fundamental quando utilizada como medida de avaliação dos cuidados de saúde, tratando-se de uma fonte de informação de extrema relevância no que se refere ao sucesso dos prestadores e aos valores e às expectativas dos seus clientes, pois considera-se que estes são a autoridade última nesta matéria (Neto et al., 2003).

As opiniões dos utentes são cada vez mais procuradas no que se refere a questões como as necessidades de informação, aspetos interpessoais e organizacionais dos cuidados. Assim, pode-se depreender que a satisfação do utente engloba um julgamento sobre o objeto em questão.

Jamais existirá qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito (Melo, 2001). Para identificar áreas de cuidados que necessitam de ser melhorados, a satisfação do utente é reconhecida como um indicador chave de desempenho na avaliação da qualidade do atendimento. Este indicador é cada vez mais exigido por agências de acreditação na monitorização da qualidade em saúde.

Em matéria de qualidade são recorrentes os indícios da existência de uma distância significativa entre a convicção de boas práticas, por parte dos prestadores e a perceção das mesmas, por parte dos seus utentes.

Assim, a avaliação da qualidade, através da Dimensão Satisfação do Utente, procurará contribuir para uma aproximação destas duas vertentes, fazendo debruçar a sua análise sobre estas duas óticas, que se complementam.

Como refere Filho (1990), já desde os anos 60 que se verifica uma especial atenção sobre o modelo da relação médico-utente no contexto da área clínica. Este modelo privilegiava a importância das necessidades e desejos dos utentes. Já nesta altura, a satisfação dos utentes era vista como um importante indicador da qualidade dos serviços. Aliás, Williams (1994) refere-se à importância da relação médico-utente, como aspeto fundamental para atingir o objetivo principal. Este objetivo centrava-se basicamente na

estratégia de conseguir melhorar os resultados clínicos por meio da adesão dos utentes, ao tratamento.

Para Vinagre e Neves (2008), a satisfação é percebida como uma resposta global, na qual os consumidores refletem os seus níveis de prazer. No entanto, importa refletir sobre qual o melhor momento para avaliar a satisfação do utente com os cuidados recebidos. Relativamente a esta matéria, Chamberlin e Kroenke (2001) dos estudos sobre satisfação dos utentes, concluíram que uma avaliação efetuada imediatamente após uma consulta médica, é fortemente influenciada por variáveis mais direcionadas para a comunicação médico-utente. A satisfação avaliada duas semanas a três meses após a consulta, direcionava mais para o resultado da consulta. Os autores referem ainda que, para avaliar a satisfação do utente, torna-se importante definir o fator tempo de contacto com a situação e que sejam agrupados utentes com períodos de experiência com a doença, semelhantes, permitindo assim que a sua experiência seja realmente expressa.

Alrashdi (2012) chama a atenção para o facto de se utilizar de forma linear os resultados da satisfação dos utentes, para aferir a qualidade dos serviços. Ao avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos utilizam-se por vezes parâmetros pouco relevantes ou que não traduzam exatamente a perceção do utente em relação à sua satisfação. Pode-se tomar como exemplo o facto as necessidades em cuidados de saúde serem um serviço normalmente exigido por pessoas e na maioria das vezes não é desejado, quer dizer, trata-se de um serviço que só é procurado quando as pessoas ficam doentes, daí que as suas expectativas variem em função do momento, associada a experiências anteriores. Nestes casos, a satisfação com o resultado clínico de um tratamento bem-sucedido pode resultar num alto nível de satisfação e confiança do utente na capacidade dos profissionais de saúde envolvidos, no entanto, não se está a avaliar a adequação da própria qualidade técnica.

Com base na evidência de que é impossível manter todos os clientes satisfeitos, partilha-se da opinião de Soleimanpour et al. (2011) de que pode alcançar-se um elevado nível de satisfação conhecendo as suas necessidades e expectativas dos utentes.

Apesar de estarmos perante uma exigência de âmbito legal e de toda a importância atribuída a este tema em Portugal, não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos que vise diagnosticar a opinião do cidadão sobre a satisfação no âmbito da saúde.

Diagnosticar uma dada realidade, não é um fim em si mesmo, é antes a elaboração de um poderoso instrumento de melhoria contínua e de mudança, de modo a que os diferentes serviços de saúde cumpram com os padrões mínimos de qualidade (Pisco, 2005).

Neste sentido, a avaliação da qualidade é expressa em termos da satisfação que os utilizadores têm face aos cuidados prestados.

Os avaliadores da qualidade são os utentes, os profissionais, os gestores, sendo que cada grupo utiliza diferentes perspetivas quando avalia a qualidade, acrescido do facto de que, dentro de cada grupo, cada indivíduo que o constitui tem a sua perspetiva particular de qualidade (Donabedian, 1988).

Pelo exposto depreende-se que avaliar, à luz do julgar, supõe muitas outras ações, para além da mera medição, envolvendo valores, convicções, expectativas, preferências, entre outras, de quem está a fazer a avaliação da qualidade do contexto em questão.

Considerando alguns dos instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliar a satisfação dos utentes, temos por exemplo o Modelo SERVPERF, que surgiu através de Cronin e Taylor (1992), os quais investigaram a conceitualização e mensuração da qualidade de serviço, o seu relacionamento com a satisfação do consumidor e intenções de compra. Os autores concluíram que a qualidade de serviço é melhor avaliada através das perceções que os consumidores têm a respeito do desempenho do serviço. O modelo concebido foi baseado apenas em medidas da perceção de desempenho do serviço, à luz das dimensões definidas pelo SERVQUAL, e foi denominado de SERVPERF.

O modelo SERVQUAL está orientado para a qualidade e esta resulta da relação entre as expectativas e as perceções do utente relativamente ao serviço.

A par do modelo acima, o EUROPEP (*Europaen Task Force on Patient Evaluacion of General Prattice*) apresenta-se também como instrumento normalizado para avaliar a satisfação dos utentes da área da medicina geral e familiar.

Este questionário é resultado de um estudo desenvolvido por investigadores de oito países europeus liderado pelo *Center for Quality of Care Research*, da Universidade de Nijmegen. Portugal participou neste grupo europeu através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), entidades responsáveis pela criação, teste e validação da sua versão portuguesa (Ferreira et al., 2001).

O EUROPEP é um instrumento de medição da satisfação dos utentes de serviços médicos de medicina geral e familiar na Europa, que se destina subsidiar a administração dos serviços e a gestão em saúde (*Ibidem*).

O EUROPEP foi criado no sentido de desenvolver uma metodologia que explorasse a perspetiva do utente quanto aos serviços de saúde de forma sistemática. Este instrumento foi ainda criado com o intuito de fornecer *feedback*, aos profissionais, utentes e

organizações, com o objetivo de melhorar aspetos específicos da sua atividade profissional, fornecendo também dados sobre o desempenho da organização.

O referido instrumento de medição da satisfação dos utentes foi traduzido para português por uma equipa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e utilizado pelo grupo da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

No entender de Ferreira et al. (2001), o instrumento EUROPEP está associado à qualificação da gestão. A gestão qualificada engloba um conjunto de boas práticas para a tomada de decisão, a implementação de soluções, a avaliação, o monitorização e a respetiva correção, quando necessário.

Assim, a avaliação da satisfação dos utilizadores, como um instrumento de qualificação da gestão, orienta a implementação de mudanças que permitam melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados aos utentes.

3. DOENÇAS DO FORO RESPIRATÓRIO

Dados estatísticos divulgados pela OMS (2008, a), mostram que atualmente nos países desenvolvidos, a principal causa de morte são as doenças não transmissíveis e, entre elas, ocupando o segundo lugar, as doenças respiratórias.

No mundo centenas de milhões de pessoas sofrem destas doenças, entre as quais 300 milhões sofrem de Asma, 210 milhões sofrem de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e 3 milhões têm outras doenças respiratórias crónicas. Estima-se que em 2030 a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica se torne a terceira causa de morte em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2008, b).

O mesmo sucede em Portugal, onde as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. Muitas delas são doenças crónicas e levam a uma significativa perda de qualidade de vida, a numerosos internamentos e reinternamentos e a elevados custos económicos e financeiros.

As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, (DGS, 2013).

Em Portugal constata-se que a mortalidade por doenças respiratórias continua a aumentar. Em 2009 faleceram 104.964 portugueses, sendo 12.202 por doença respiratória (11,6%), dos quais 6.936 por Doenças Respiratórias não Transmissíveis (56,84% dos óbitos por doença respiratória), (*Ibidem*).

A tuberculose, com 24 novos casos por 100.000 habitantes em 2009, continua a ser um problema que apresenta ainda uma taxa superior à dos outros países da Comunidade Europeia (PNS, 2012-2016).

As pneumonias também continuam a ser uma preocupação, assim como as restantes infeções do foro respiratório, apresentando custos bastante significativos, sobretudo no que respeita aos custos diretos decorrentes do seu tratamento, particularmente se os utentes necessitam de ser internados. Não se pode igualmente ignorar a importância dos custos indiretos decorrentes, entre outros fatores, da ausência ao trabalho, da quebra de produtividade e das consequências nos seus familiares.

3.1. A Tuberculose

De acordo com os registos históricos, há evidência de que a tuberculose afeta a Humanidade, com toda a certeza, desde 2000 A.C., através da Tuberculose, Tísica, Peste Branca, tendo sido várias as nomenclaturas utilizadas para denominar a doença, (Conde, Souza e Kritski 2002).

Durante muito tempo em várias civilizações antigas, a Tuberculose (na sua forma mais contagiosa, a pulmonar) e tantos outros males que acometiam os indivíduos, eram considerados como castigo divino. Até que Hipócrates na Grécia caracterizou-a como sendo natural e passou a denominá-la de Tísica (Conde, Souza e Kritski 2002).

Com o início da Revolução Industrial as cidades ficaram superpovoadas, empobrecidas, com escassas condições sanitárias e alimentares, favorecendo nesses locais o aparecimento da Tuberculose (Rosemberg, 1999).

A Tuberculose (TB) é uma doença de carácter infecto-contagioso, causada pelo bacilo de Koch também denominado de *Mycobacterium tuberculosis*, o qual é caracterizado como um bastonete aeróbico, álcool-ácido-resistente, que cresce lentamente e é sensível à luz ultravioleta e ao calor (Smeltzer e Bare, 2005). A TB é transmitida de pessoa a pessoa através do ar, por exemplo, por um doente com tuberculose das vias aéreas (pulmões e laringe) quando este, tosse, espirra e até mesmo fala.

Tudo indica que a espécie humana e o *Mycobacterium tuberculosis* encontram-se mutuamente adaptados, em consequência do seu constante esforço de sobrevivência em convívio.

A transmissão é plena até ao momento em que o utente inicia o tratamento. À medida que o utente vai tomando a medicação recomendada, a transmissibilidade da doença é gradativamente reduzida, até atingir níveis insignificantes, o que acontece ao fim de algumas semanas.

A TB foi precipitadamente considerada controlada nos anos 80, especialmente nos países desenvolvidos. Estima-se que em 2008 tenham ocorrido 9,4 milhões de novos casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil). A grande maioria (95%) dos casos ocorreu nos países menos desenvolvidos.

O número de utentes com Tuberculose em 2012, em Portugal, situou-se nos 21,6 por 100.000 habitantes. Estes dados aproximam-nos dos países com baixa prevalência (abaixo dos 20 casos por 100.000 habitantes). Estes dados representam um decréscimo

relativamente ao número de casos registados em 2011 que foi de 23/100 000 habitantes. Apesar de se continuar a assistir a uma diminuição constante do número de novos casos, Portugal continua a ser um país de incidência intermédia, o único da Europa Ocidental com este comportamento (PNLT, 2013).

A OMS relembra a necessidade em se reunir esforços, com o objetivo de se detetar, o mais precocemente possível, os sintomas respiratórios, de diagnosticar os casos positivos e instituir o tratamento adequado, interrompendo desta forma a cadeia de transmissão da doença.

O diagnóstico da TB é baseado num histórico completo e minucioso, num exame físico e através de exames laboratoriais e radiográficos que possam contribuir e confirmar as suspeitas clínicas.

Após confirmação do diagnóstico, o tratamento deve ser instituído o mais cedo possível, permitindo assim, eliminar rapidamente a maior parte das fontes de infeção que são os utentes com Tuberculose ativa. Refere a literatura que estes utentes, quando não tratados, podem infetar num ano, cerca de 10 a 15 pessoas. Após algumas semanas de tratamento e havendo evidência de melhora clínica e, quando o utente não tem história de tratamentos anteriores relacionados com esta doença, nem riscos conhecidos de resistência à principal medicação, pode considerar-se o utente não infetante.

O tratamento da TB é assegurado pelos Serviços de Saúde e é totalmente gratuito.

A TB, doença infecciosa de evolução crónica, tem um prolongado tempo de estado de doença e uma terapêutica que dura, no mínimo seis meses. O sucesso da terapêutica depende essencialmente do cumprimento integral do plano terapêutico, nomeadamente na fase inicial de ataque, que deve ser, de preferência, controlada. Uma das principais ferramentas utilizadas para assegurar a continuidade dos cuidados em Tuberculose, é a estratégia da adesão do utente ao regime terapêutico. O sucesso desta estratégia mostra-se diretamente influenciada, pela satisfação do utente.

A OMS (2003) refere que tratar pessoas com TB implica lidar com uma doença considerada crónica, que exige habilidades específicas e um atendimento diferenciado, por se tratar de uma doença de longa duração. Acresce a este facto, o elevado peso do seu carácter estigmatizante que se verifica ser ainda, na atualidade, consideravelmente forte e presente.

Esta situação induz, muitas vezes, o utente ao isolamento do convívio social, por vergonha relacionada com a contagiosidade da doença. Este isolamento, por regra, dificulta

o processo de adesão e a continuidade do tratamento, provocando abandono deste e consequentemente impedindo a cura.

Em saúde, uma das principais ferramentas utilizadas para assegurar a continuidade dos cuidados é a estratégia da adesão do utente ao regime terapêutico cujo sucesso se mostra altamente influenciado pelo nível de satisfação com os cuidados que lhes são oferecidos.

Sabe-se que a satisfação do utente com os cuidados recebidos é um importante preditor e está intimamente relacionado com a qualidade dos serviços de saúde na sua globalidade. Também é certo que a satisfação tem um papel essencial na utilização dos Serviços de Saúde na medida em que aumenta a credibilidade e a confiança na assistência. Este clima de credibilidade e de confiança influencia diretamente a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, questão primordial na gestão das situações crónicas e muito em concreto, nos utentes com TB.

4. DESENHO METODOLÓGICO

Numa investigação científica, a fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação. É na fase metodológica que se define a (...) *maneira de como se deverá proceder para se obter as respostas às questões de investigação estipuladas*. (Fortin 2009, pág. 53). Neste sentido, a questão de investigação apresenta-se como um enunciado interrogativo, cujos conceitos chave se pretendem clarificar (*Ibidem*). Sustentada neste conceito, elaborou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos utentes de um Centro de um Diagnóstico Pneumológico da ARS Norte I.P., sobre a qualidade dos cuidados”?

É no desenho metodológico que se define também a população do estudo, que se determina o tamanho da amostra, que se precisa os instrumentos de colheita de dados e se prevê o tratamento e análise dos dados. As decisões tomadas nesta fase, determinam todo o desenvolvimento do estudo. Este conceito acentua-se com a opinião de Polit, Beck e Hungler (2004, pág. 165) ao referirem que (...) *o delineamento de pesquisa incorpora decisões metodológicas... por este motivo, é crucial que sejam entendidas as implicações das decisões tomadas pelo pesquisador (...)*.

4.1. Objetivos do Estudo

Fortin (2009, pág. 100) refere que (...) o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação e enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação (...).

Os objetivos do estudo promovem uma antevisão de toda a investigação, da mesma forma que o orienta durante a sua construção. A mesma autora (pág. 160), regista que (...) o enunciado dos objetivos da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Eles especificam as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (...).

O objetivo geral do presente estudo consiste em conhecer a opinião dos utilizadores de um Centro de Diagnóstico Pneumológico de um ACeS da ARS Norte I.P., relativa à sua satisfação com a qualidade dos cuidados disponibilizados.

Mais do que produzir e apresentar dados estatísticos, a finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a satisfação dos utentes com o atendimento no Centro de Diagnostico Pneumológico;
- Analisar as relações entre as características sócias demográficas dos participantes e as suas opiniões;
- Identificar aspetos que possam ser melhorados, na prestação de cuidados.

4.2. Tipo de Estudo e Abordagem

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e as suas características, enveredou-se por um estudo de caráter exploratório, descritivo e correlacional.

O caráter exploratório está presente, nesta pesquisa, na medida em que procura abordar um tema pouco estudado na literatura que é a perceção da qualidade dos cuidados de um Centro de Diagnóstico Pneumológico, na ótica dos utentes. Por se tratar de um estudo exploratório não se estabeleceram hipóteses, apenas foram definidos objetivos que orientam a pesquisa.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever com exatidão os fatos e fenómenos de determinada realidade. Gil (2010) refere que, estudos descritivos são aqueles que descrevem e identificam as características de determinada população, fenómeno ou situação, onde ao investigador cabe o papel de a analisar, (...) *tal como ela se apresenta no meio natural (...), de compreender fenómenos ainda mal elucidados... ou conceitos pouco estudados (...)* (Fortin 2009, pág. 236).

Relativamente à dimensão temporal trata-se de um estudo transversal, porquanto nos estudos transversais, todas as avaliações são feitas num único "momento", não existindo, assim, um período de seguimento dos indivíduos sujeitos ao estudo.

Assim, indo de encontro aos objetivos que se estabeleceram, optou-se por um estudo de abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

As abordagens analíticas quantitativas e qualitativas devem ser entendidas como complementares, pois a realidade abrangida por ambas interage dinamicamente, porquanto, é importante a diversidade metodológica na avaliação da qualidade em saúde, como um pressuposto metodológico (Serapioni, 2009).

A abordagem quantitativa *liga-se ao paradigma positivista, que concebe a realidade como única e estática e segundo o qual os factos objetivos existem, independentemente do investigador, e podem ser isolados* (Fortin 2009, pág. 26).

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados, os quais podem ser observados e quantificados e que se baseia na descrição dos factos objetivos, dos acontecimentos e dos fenómenos que existem, independentemente do investigador.

Para melhorar a compreensão das realidades propostas pela realização deste trabalho e que se evidenciam como complexas, associou-se o paradigma naturalista/interpretativo, que pretende pesquisar atitudes, comportamentos e opiniões, tentando em simultâneo compreendê-las.

Esta será a forma adequada para alcançar um conhecimento mais profundo e abrangente do fenómeno em estudo que, segundo Ribeiro (2010), tem como objetivo a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas perceções num determinado contexto.

4.3. Instrumentos de Colheita de Dados

Os instrumentos metodológicos são adequados às referências teóricas da investigação, pelo que a técnica de colheita de dados deve ser sempre adaptada ao tipo de dados a investigar.

A colheita de dados deve realizar-se segundo um plano pré-estabelecido (Fortin, 2009), pois, antes de iniciar a colheita de dados, o investigador deve determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adapta ao objeto em estudo e às questões de investigação.

A natureza deste estudo conduziu a que se privilegiasse o questionário, administrado face-a-face como método de colheita de dados e a entrevista semiestruturada.

4.3.1. *Inquérito por Questionário*

Este instrumento de colheita de dados constitui um dos procedimentos mais utilizados na obtenção de informação.

Como técnica, este instrumento apresenta alguns aspetos favoráveis, tais como o custo associado, que se pode classificar de razoável, uniformidade das questões apresentadas a todos os inquiridos, garantia de anonimato e a possibilidade de conter questões cujas respostas se direcionem a uma finalidade específica de uma pesquisa.

Se aplicada de forma criteriosa, esta técnica apresenta elevada confiabilidade. O instrumento de medição utilizado é designado de EUROPEP CDP. Este Questionário (Anexo I) foi fornecido e a sua aplicação devidamente autorizada pelo Professor Doutor Pedro Ferreira do CEISUC (Anexo II). Foi adequado, pelo autor, às especificidades do CDP do ACeS onde foi efetuado o estudo.

O questionário em causa é constituído por quarenta e uma perguntas de resposta fechada, possui também uma questão aberta.

Este Instrumento avalia a perceção da qualidade com os serviços de saúde, através da satisfação dos utentes. O questionário é constituído pelos seguintes indicadores:

- a) Os Indicadores Chave EUROPEP, arquetados com os seguintes Dimensões:
 - “Relação e Comunicação” abrangendo os seguintes aspetos: Tempo para Cuidar, Humanidade, Envolvimento dos doentes, Confidencialidade do Processo;
 - “Cuidados Médicos, composto pelos seguintes aspetos, como Efetividade dos Cuidados, Competência e precisão;
 - “Informação e Apoio”, englobando os seguintes aspetos, como Tipo de Informação, Aconselhamento;
 - “Continuidade e Cooperação”, composto pelos seguintes aspetos, como Continuidade, Cooperação;
 - “Organização dos Serviços” constituído por Acessibilidade e Espera, Apoio do Pessoal.

- a) Indicadores de Áreas Específicas constituídos pelas seguintes Dimensões: “Oferta de outros Serviços”; “Resposta”; “Recursos Humanos”; “Instalações”.

- b) Indicadores de Satisfação Global dos quais fazem parte as seguintes Dimensões: “Recomendações”; “Razoes para Mudar”.

O questionário possui ainda uma parte destinada à caracterização sociodemográfica dos participantes.

Em suma, o instrumento que se descreveu tem, na sua constituição, questões nucleares para a avaliação da satisfação com os cuidados disponibilizados.

As possibilidades de resposta são do tipo escala analógica de seis pontos, múltipla escolha com alternativas pré-estabelecidas e direcionadas para questões do âmbito da satisfação e têm também uma questão aberta.

Partilha-se assim da opinião de Ferreira, Antunes e Portugal (2010) que defendem a inclusão de questões abertas, partindo do pressuposto de que é necessário dar liberdade aos inquiridos para expressar opiniões e comentários, sem estarem sujeitos a uma grelha de categorias impostas pelo investigador, permitindo o surgimento de novos objetos que devem ser focados e integrados no quadro da investigação.

4.3.2. *Entrevista Semiestruturada*

A entrevista tornou-se, nos últimos anos, um instrumento do qual se servem constantemente, e com maior profundidade, os pesquisadores das áreas das ciências. Recorrem a esta técnica, sempre que têm necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registros nem noutras fontes documentais, Ribeiro (2010). A entrevista é uma grande ferramenta de colheita de dados. Ela é um dos principais caminhos para se chegar às realidades múltiplas (Stake, 1998). Pode ser a estratégia dominante na colheita de dados ou pode ser utilizada em conjunto com outras técnicas.

Em qualquer situação, a entrevista tem sempre como função, o acesso ao que as pessoas pensam sobre determinado assunto, aos seus pontos de vista aos seus valores. Os dados recolhidos, são *descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como os sujeitos, interpretamos assuntos sobre os quais estão a ser ouvidos* (Bogdan, Biklen, 1994, pag.34).

Hair et al. (2005) e Gil (2010) classificam as entrevistas da seguinte forma: entrevista estruturada, semiestruturada e não estruturada. Apesar de a literatura trazer outras nomenclaturas, adotou-se essa terminologia por ser considerada a mais conhecida.

A opção por esta vertente de entrevista (semiestruturada) teve em consideração as características da investigação e o perfil dos entrevistados. Também foi considerada ser a mais apropriada para aprofundar um determinado campo quando o investigador já possui um relativo domínio das questões em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Este tipo de entrevista deve ser usado quando o pesquisador tem uma lista de tópicos ou questões que quer ver respondidas e por esse motivo deve utilizar um guião da mesma. A existência de um guião ajuda a garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. O papel do entrevistador deve centrar-se em manter o entrevistado motivado, de forma que o mesmo fale livremente sobre todos os aspetos previstos no guião.

Neste sentido, foi elaborado um guião (Anexo III), mas dando a possibilidade de o entrevistador alterar a ordem das mesmas ou até mesmo, formular outras em função das respostas dos entrevistados.

4.4. Contexto do Estudo, População e Amostra

O contexto onde se desenvolveu o estudo e o instrumento onde se realizou a colheita de dados, foi no Centro de Diagnóstico Pneumológico do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Cavado III Barcelos/Esposende. Esta Unidade revelou-se de grande interesse para o investigador, uma vez que os utentes estão facilmente acessíveis, conjugando a vantagem de os seus resultados se traduzirem num importante indicador de gestão para a respetiva unidade de cuidados.

O ACeS CÁVADO III Barcelos/Esposende é uma organização inserida no âmbito dos cuidados de saúde primários. Estes são considerados a base de todo o Sistema Nacional de Saúde e apostam num conjunto de princípios, ao nível da orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade (Justo, 2003).

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários, criada em 2005, teve como objetivo conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde.

Uma das principais novidades da reforma consistiu na criação dos ACeS. Estes agrupamentos são serviços públicos de saúde, que resultaram da associação de um ou mais Centros de Saúde, que passam a ter autonomia administrativa (Missão para os Cuidados de Saúde Primários 2007).

Pisco (2007), refere que esta reforma teve como principais objetivos melhorar a acessibilidade, aumentar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde, aumentar a satisfação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados prestados e melhorar a eficiência nos serviços.

Os ACeS criados pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, são constituídos por unidades funcionais das quais se destacam: as Unidades de Saúde Familiar (USF); as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), entre outras que venham a ser consideradas como necessárias pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

O ACeS CÁVADO III Barcelos/Esposende resultou da agregação de três Centros de Saúde, Barcelos, Barcelinhos e Esposende e abrange uma população residente de 154.645 habitantes (ARS Norte, 2012). Para além das unidades funcionais que normalmente compõem um ACeS, este, também é constituído por um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Em termos de representação da unidade dentro da estrutura funcional do ACeS, o CDP apresenta-se como uma Unidade Funcional de Saúde, com centro de custos próprio. Neste caso em concreto, à semelhança de outros, pelo menos no que se refere à área de abrangência da ARS Norte, não se aplica o previsto em Despacho da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, de Junho de 2008, onde prevê, a inclusão das Unidades de CDP, nas Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

O CDP, onde se desenvolve o estudo, é contemplado com um programa específico para a TB e conta com uma equipa constituída por um consultor de clínica geral, um enfermeiro a tempo inteiro, um enfermeiro chefe em tempo parcial e um assistente técnico. Dá cobertura em termos de rastreio, tratamento e prevenção da TB, a toda a população residente nos dois concelhos abrangidos pelo ACeS, assim como aos utentes de outras áreas de residência, mas que se encontrem institucionalizados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

A acessibilidade faz-se por referenciação dos Médicos/Enfermeiros de Família, outras entidades particulares e públicas de saúde, entidades de solidariedade social, por contacto direto do utente com o serviço, entre outros.

Neste ACeS, a situação em termos de pessoas com Tuberculose, assume os seguintes contornos:

- A taxa de notificação da Tuberculose foi superior à da Região Norte e do Continente, em 2010, de acordo com os dados publicados no portal de internet da Saúde ARS Norte, tendo-se verificado uma incidência de 35.7%, o que ultrapassa a meta proposta para o ano de 2010;
- Por consulta do relatório de atividades de 2012, referente ao Centro de Diagnóstico Pneumológico em questão, verificaram-se no ano de 2012, 32 novos casos notificados de Tuberculose e 74 casos de Tuberculose Infeção, cujo perfil etário aponta para uma incidência predominantemente no adulto, sendo a média de idade dos utentes referidos de 43 anos.

É no contexto desta unidade de cuidados que se situa a população deste estudo. Considera-se População, um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um determinado conjunto de critérios (Fortin, 2009). Quando se seleciona determinada população em particular, com o objetivo de a submeter a um determinado estudo, esta é chamada de população alvo.

Neste sentido, a população para este estudo foi constituída pelos utentes inscritos no CDP do ACeS e que se enquadrem nos seguintes critérios:

1. Dispor de inscrição ativa no Centro de Diagnóstico Pneumológico;
2. Ter tido pelo menos dois contactos com o CDP;
3. Aceitar participar no estudo.

A opção pela inclusão do critério “ter dois ou mais contactos com o CDP” foi sustentada na concordância com a opinião emitida por diversos autores dos quais se destacam Esperidião e Trad (2006), ao dizerem que o indivíduo possui uma tendência para ter uma postura mais crítica com o passar do tempo e à medida que aumenta o número de experiências e de contactos com os serviços de saúde.

A possibilidade de estudar a população alvo no seu todo é pouco provável, pelo que se recorre, frequentemente, a uma amostragem. O número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. Para determinar o tamanho da amostra, o investigador deve basear-se nas ações que permitam atingir o objeto de estudo (Ribeiro, 2010).

Segundo Fortin (2009), amostra é uma fração da população em estudo e para ter as mesmas características da sua população, tem que ser representativa. Recorreu-se a uma amostra intencional, não probabilística e de conveniência, sendo definido por Fortin (2009,

pág. 208) como (...) *sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)*. As vantagens deste tipo de amostra são os menores custos e a maior rapidez.

Neste estudo a amostra é constituída por 112 utentes, cuja totalidade respondeu ao questionário. De entre estes, 5 também aceitaram participar na entrevista semiestrutura. O número de participantes nas entrevistas teve em consideração a saturação dos dados. O critério de seleção teve em atenção as características relacionadas com o grau de escolaridade (pretendeu-se uma diversificação de níveis de escolaridade), maior abertura demonstrada para participar, tempo disponível, clareza na comunicação e o à-vontade em participar numa entrevista gravada por suporte áudio.

4.5. Procedimento

A colheita de dados decorreu nos meses de fevereiro e março de 2014 de forma a abranger o maior número possível de utentes.

Este período foi considerado como momento adequado, por convergir com a autorização para desenvolver o estudo, emitida pela Comissão de Ética da ARS Norte (Anexo IV). Em simultâneo, foi considerado também o facto de o número global de utentes atendidos nos anos de 2011, 2012 e 2013, foi genericamente homogéneo durante todos os meses do ano (consulta dos dados informáticos do CDP).

O acesso aos utentes para preenchimento do questionário e participação na entrevista foi feito no CDP do ACeS já descrito, no período de segunda a sexta-feira, em horário laboral e obedeceu aos seguintes passos:

- a) Solicitação de autorização do Senhor Diretor Executivo do ACeS para o desenvolvimento do Projeto, no CDP e em horário laboral, a qual foi concedida (Anexo V);
- b) Seleção dos utentes constantes da agenda de marcação de consultas para o ano de 2014, nos meses de fevereiro e março. Dos utentes com agendamento de consulta médica foram identificados os respetivos processos clínicos, conforme os critérios anteriormente estabelecidos e seguidamente foram sujeitos a uma codificação com um número e uma letra identificadora do setor de arquivo. Pretendeu-se também identificar e eliminar possíveis repetições de processo, dado que existem utentes com mais do que uma

consulta por mês. A cada processo do utente foi associado um questionário e atribuído um código.

A abordagem dos utentes ocorreu com a seguinte sequência:

- O primeiro contacto foi efetuado pela Assistente Técnica, que apresentou o estudo aos utentes e solicitou a sua participação;
- A abordagem aos utentes pela apresentação da pesquisadora;
- Esclarecimento, a cada participante, sobre o objetivo da pesquisa e obtenção do Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo VI);
- Condução dos participantes para uma sala, com o devido conforto;
- Explicação sobre o modo de preenchimento do questionário.
- Disponibilização de contentor (tipo urna) para colocação dos questionários, pelos participantes.

A intervenção do investigador só foi verificada, quando os utentes solicitaram esclarecimento, o que se verificou em especial com os mais idosos. Desta forma evitou-se a devolução em branco de algum questionário. Cada questionário levou em média cerca de 8 minutos a ser preenchido.

A entrevista foi orientada pelo guião previamente elaborado e esteve sujeita a um pré teste, ou seja, foi previamente realizada a dois utentes, no qual se concluiu que as duas questões previamente elaboradas eram algo abrangentes, pelo que houve a necessidade de ir reconduzindo as perguntas, permitindo desta forma, manter o interesse e a pertinência do discurso em torno do que se pretendia compreender.

Sem prejuízo do acima referido, os dados da entrevista, do pré teste, foram utilizados neste estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas num gabinete de enfermagem, disponibilizado para o efeito, local este confortável e sossegado. O registo foi efetuado em gravação áudio, de forma a possibilitar uma análise fiável e sustentada dos conteúdos abordados, aquando da sua transcrição (Vilelas, 2009). Este procedimento possibilita-nos também perceber se estamos a seguir o trajeto adequado para a colheita dos dados que se pretende, bem como percebermos quando atingimos a saturação dos mesmos (Polit e Hungler, 2000). Em média, cada entrevista durou entre 15 a 30 minutos.

Para a participação na entrevista, o investigador apresentou-se como tal, dado que os utentes foram selecionados para o efeito. Precedeu o momento da entrevista, a

autorização formal do utente, pelo preenchimento do Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo VII).

4.6. Considerações Éticas de Investigação

(...) Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação (Fortin, 2009, pág. 180). Por conseguinte, impera que se cumpram alguns dos pressupostos considerados de extrema relevância, até porque, (...) os dados colhidos, durante e após o estudo, ficam sob a responsabilidade do investigador (...) (Fortin, 2009, pág. 118).

A explicação do estudo foi feita a todos os participantes, logo após o contacto onde foram dados a conhecer, de forma clara e concisa, os seguintes pormenores:

- a) Razão de ser do estudo - o título e o motivo de estudo, em linguagem compatível com o nível de instrução;
- b) Objetivos que se pretendem alcançar com o estudo;
- c) Tipo de Instrumento de colheita de dados a utilizar;
- d) Referência a que a participação dos sujeitos é exclusivamente voluntária e será retirado do estudo, se manifestar essa vontade, sem que esteja sujeito a qualquer penalização;
- e) Pessoa de contacto - indicação da pessoa com quem poderão comunicar na eventual necessidade de informação suplementar ou esclarecimento de dúvida sobre o estudo.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido a todos os participantes, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas e a não identificação dos mesmos.

No caso em que o participante era de menor idade e após a sua aceitação de participar no estudo, foi obtido também o consentimento informado dos seus representantes legais.

Os questionários foram codificados e os dados tabelados, de modo a não identificar os participantes, garantido desta forma o anonimato dos participantes da pesquisa, na apresentação dos resultados.

Concluída a pesquisa, todo o material colhido ficou sob posse do investigador e não foi disponibilizado para terceiros e após término do trabalho, o material será destruído.

4.7. Tratamento de Dados

A análise de dados é o processo de formação de sentido que está contido nos elementos colhidos, a qual ocorre pela consolidação, limitando-se e interpretando-se aquilo que os inquiridos referiram e o que o pesquisador viu e leu, isto é o processo de formação de significado.

De forma a melhor analisar os dados colhidos pelo Questionário, o seu tratamento foi feito através da ferramenta de cálculo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na sua versão 20.0.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0,05$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências, absoluta (n) e relativa (%), e sobre a média (M), o desvio-padrão (s) e os valores mínimo e máximo. A dispersão foi apreciada pelo coeficiente de variação (CV)¹.

A consistência interna do questionário “Qual a sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico?” foi avaliada pelo α -Cronbach² (Anexo VIII), observando-se que em termos globais, os Indicadores Chave EUROPEP têm consistência interna boa e muito boa.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ($n > 50$) ou pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 50$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se $p > 0,05$ as variâncias são homogéneas; se $p < 0,05$ as variâncias são não-homogéneas) (Anexo VIII).

¹ $CV=(DP/M)*100$ (Pestana & Gageiro, 2005)

$CV \leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão

$15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média

$CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

² α -Cronbach (Pestana & Gageiro, 2005):

Muito Boa $\Rightarrow \alpha \geq 0,90$; Boa $\Rightarrow 0,80 \leq \alpha < 0,90$; Razoável $\Rightarrow 0,70 \leq \alpha < 0,80$; Fraca $\Rightarrow 0,60 \leq \alpha < 0,70$; Inaceitável $\Rightarrow \alpha < 0,60$

A comparação entre dois grupos (Homens *versus* Mulheres) foi realizada pelo teste *t* de medidas independentes (para variáveis com distribuição normal) ou pelo teste *U* Mann-Whitney (para variáveis com distribuição não-normal) (Anexo VIII).

A comparação entre os três ou mais grupos (várias classes etárias) foi efetuada pelo teste de Kruskal-Wallis. Na presença de evidências de diferenças estatisticamente significativas, a deteção dos pares significativamente diferentes foi realizada pelo *post-hoc* de Bonferroni (Anexo VIII).

O estudo da correlação entre dimensões foi realizado pelo coeficiente de Spearman. A interpretação da magnitude da correlação foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005)³. A correlação indica que em média, a intensidade de um fenómeno é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, por isso os valores oscilam entre -1 e +1 (Pestana & Gageiro, 2008). Quando a associação é negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, ou seja, o aumento de uma variável está associado em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

No tratamento da opinião emitida através da pergunta aberta, presente nos questionários e as resultantes da análise das entrevistas, sendo estes dados de natureza qualitativa, utilizou-se para o efeito, um conjunto de técnicas de análise designado por análise de conteúdo, segundo Bardin (2009). Entende-se por análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2009, pág. 44). Desta forma, foram submetidas a dois tipos diferentes de análise: uma análise de discurso, que pretende identificar as palavras que foram mais utilizadas e os respetivos elementos mais referidos; e uma análise categorial que possibilitou a codificação dos discursos, sustentado num sistema de categorias construído em simultâneo.

O tratamento da informação, recolhida através das entrevistas e da pergunta aberta do questionário, foi a seguinte:

³ Pestana & Gageiro (2005) – independentemente do sinal (+ ou -):
 $r \leq 0,19$ correlação Muito Fraca
 $0,20 \leq r \leq 0,39$ correlação Fraca
 $0,40 \leq r \leq 0,69$ correlação Moderada
 $0,70 \leq r \leq 0,89$ correlação Forte
 $0,90 \leq r \leq 1,0$ correlação Muito Forte

- 1º Leitura atenta e constituição de um corpo documental com a transcrição integral dos discursos dos participantes;
- 2º Realização de várias leituras flutuantes isolando as frases diretamente ligadas ao fenómeno, com o objetivo de apreender e organizar aspetos importantes do conteúdo, identificando os elementos discursivos mais referenciados nos textos, permitindo identificar dimensões e categorias de opinião e satisfação;
- 3º Extração do significado de cada enunciado importante, permitindo a construção de uma grelha de categorias;

- 4º Codificação das categorias.

No decurso do processo de categorização procurou-se respeitar cinco princípios básicos, indicados por Bardin (2009) face às unidades de significação, a saber:

- A *homogeneidade*, sendo que uma categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise;
- A *exaustividade*, que contempla uma análise profunda e pormenorizada; a *exclusividade*, na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria;
- A *objetividade*, que presume que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha, devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises;
- A *pertinência e a adequação*, as quais subentendem que as unidades de significação devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objetivos do estudo.

5. APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Pretende neste capítulo analisar-se, descrever-se e discutir-se os resultados obtidos, interpretados à luz da fundamentação teórica, visando dar resposta à questão de investigação colocada.

A análise descritiva centra-se no estudo de características particulares das unidades observadas e não semelhantes (por exemplo, de pessoas, cidades, famílias). Desta forma ela é utilizada para descrever os dados através de indicadores estatísticos (Pestana e Gageiro, 2005).

A interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspetos da investigação sejam ponderados, de forma a extrair conclusões, sendo esta uma etapa muito exigente, obrigando desta forma o investigador a ter um pensamento crítico (Fortin, 2009).

Os resultados do tratamento estatístico dos dados apresentam-se em Anexo (VIII). Nas tabelas apresentadas omite-se a fonte, porque todos dados apresentados advêm deste estudo.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

São vários os autores que se referem a importância de incluir as características sociodemográficas dos utentes, como um dos fatores que podem exercer influência sobre a satisfação. Estes fatores podem ajudar a explicar as suas perceções e atitudes acerca dos cuidados (Cleary e McNeil, 1988).

A amostra deste estudo é constituída por 112 participantes. A sua caracterização geral por **género** e no **total da amostra**, é apresentada na Tabela1, sob a forma de frequência absoluta (n) e relativa (%), Média (medidas de tendência central), Desvio Padrão (medidas de dispersão) e Amplitude e de Variação (Coeficiente de variação), de respostas nas variáveis sociodemográficas.

A normalidade das distribuições da amostra foi efetuada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors (D) para a totalidade da amostra e para a amostra de

homens ($n > 50$) e pelo teste de Shapiro-Wilk (W) para a amostra de mulheres ($n < 50$) e apresentado em Anexo (VIII).

Pela análise da Tabela 1, da distribuição dos participantes por género, verifica-se que a amostra de homens tem maior representatividade do que a amostra de mulheres (Homens: $n=76$; 67,9%; Mulheres: $n=36$; 32,1%).

As duas amostras são heterogéneas, uma vez que o coeficiente de variação apresenta elevada dispersão, em torno da média, ou seja, 33,8% na amostra de homens e 33,7% na amostra de mulheres.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por grupo etário e por género

Grupo etário/género	Masculino		Feminino		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≤20 anos	1	1,3	2	5,6	3	2,7
21-30 anos	10	13,2	2	5,6	12	10,6
31-40 anos	16	21,1	13	36,1	29	25,9
41-50 anos	15	19,6	6	16,6	21	18,8
51-60 anos	16	21,1	5	13,9	21	18,8
61-70 anos	12	15,8	6	16,6	18	16,1
71 e mais anos	6	7,9	2	5,6	8	7,1
Total:	<i>n=76</i>	67,9%	<i>n=36</i>	32,1%	<i>n=112</i>	100%
Médias idades	47,4 anos		45,8 anos		46,9 anos	
Desvio Padrão	15,73		16,00		15,76	
Coeficiente Variação	33,8%		33,7%			
Amplitude Variação	(17-78)		(18-82)		(17-82)	

Pelo exposto, observa-se um predomínio do género masculino, comparativamente com a presença do género feminino.

Estes dados coincidem com os dados nacionais publicados pela DGS, no relatório designado *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho* (Direção Geral da Saúde 2013) em que num total de 2.480, casos de tuberculose que se registaram em Portugal no ano de 2012, 1.613 ocorreram em indivíduos do género masculino (65%) e 867 no género feminino (35%).

São vários os estudos consultados que referem que, no mundo, a tuberculose é mais prevalente nos homens do que nas mulheres (Belo et al., 2010). Os homens têm maior risco de contrair a Tuberculose Pulmonar o que, possivelmente, se pode associar a fatores económicos, culturais e sociais, relacionados à exposição (*Ibidem*).

Perante estes resultados e tendo em conta a questão de investigação, *a percepção sobre a qualidade dos cuidados*, a mesma será emitida maioritariamente por indivíduos do género masculino. Por tal, este dado diverge do desejado, considerando a opinião de Ibañez et al. (2006); Mishima et al. (2010), onde argumentam que as mulheres têm um papel fundamental enquanto avaliadoras de serviços de saúde, pois conhecem o quotidiano familiar, agem perante as principais ocorrências dos episódios de doença na família e são as principais agentes de promoção de saúde do seu ambiente doméstico, sendo, por isso, capazes de identificar mais facilmente os indicadores de qualidade no serviço de saúde.

Particularizando a análise dos resultados em função da distribuição dos elementos da amostra por idades, verifica-se que a média de idades referente ao género masculino se situa nos 47,4 anos, com um desvio padrão de 15,73, estando o seu valor mínimo situado nos 17 anos e valor máximo nos 78 anos.

No género feminino, a média de idades situa-se nos 45,8 anos, com um desvio padrão de 16,00, estando o seu valor mínimo situado nos 18 anos e valor máximo nos 82 anos.

Em termos globais, a idade dos participantes oscila entre um mínimo de 17 e um máximo de 82 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 46,9 anos, um desvio padrão de 15,76 anos. A maior parte dos homens ($n=47$) se dispersa pelos estratos dos 31 aos 60 anos de idade, ao passo que nas mulheres ($n=13$), se concentra nos extratos dos 31 aos 40 anos de idade.

Nos homens, as idades menos representativas localizam-se, nos extratos “ ≤ 20 anos ” e “71 e mais anos” de idade. Nas mulheres, as idades menos representativas localizam-se nos extratos “ ≤ 30 anos” e “71 e mais anos” de idade.

Pela análise obtida no estudo, verifica-se que estes valores se enquadram dentro dos valores apresentados a nível nacional, pela DGS no *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose* (Direção Geral da Saúde 2013, pág. 6), onde refere: *Em 2012 a tuberculose atingiu maioritariamente o grupo etário com idades compreendidas entre os (35-44) anos.*

Analisando Tabela 2, que nos apresenta a distribuição da amostra por situação familiar, constata-se que, nas duas amostras predominam os casados (as), ainda que relativamente mais pronunciado nos homens ($n=48$; 63,2%). Nas mulheres, também se destaca a quantidade de solteiras ($n=8$; 22,2%).

O número de casos a viver em união de facto, homens: $n=5$ (6,6%); mulheres: $n=5$; (13,9%) e de divórcio, homens: $n=2$ (2,6%); mulher $n=1$ (2,8%) é similar entre as duas amostras.

Dados de 2011 (INE), referentes ao estado civil da população portuguesa, registam que a maioria dos indivíduos (47%) era casada, sendo que o grupo dos indivíduos solteiros é o segundo mais representativo com 40%. As restantes categorias do estado civil, divorciado e viúvo, aparecem com uma expressão muito menor, respetivamente 6% e 7%. A composição do estado civil por género segue genericamente o mesmo padrão. O estado civil de casado predomina tanto no grupo dos homens como no das mulheres e o grupo dos solteiros é o segundo mais importante estado civil em ambos os géneros.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por estado civil e por género

Estado civil	Homens		Mulheres		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Casado/a com registo	48	63,2	19	52,8	67	59,8
Em união de facto	5	6,6	5	13,9	10	8,9
Solteiro/a	14	18,4	8	22,2	22	19,6
Viúvo/a	7	9,2	3	8,3	10	8,9
Divorciado/a	2	2,6	1	2,8	3	2,7
Total	<i>n</i>=76	67,9%	<i>n</i>=36	32,1%	<i>n</i>=112	100%

No que se refere à situação profissional dos participantes da amostra em estudo e recorrendo à análise da Tabela 3, podemos concluir que, a maior parte dos homens ($n=48$) 63,2% e das mulheres ($n=17$; 47,2%) estão na situação de ativo (a).

Nos homens emerge, em segundo lugar, a condição de reformado ($n=16$; 21,1%) e nas mulheres a condição de desemprego ($n=9$; 25,0%).

Os estudantes estão presentes em frequências reduzidas (homens: $n=5$; 6,6%; mulheres: $n=1$; 2,8%).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos participantes por situação profissional e por género

Situação profissional	Homens (<i>n</i> =76)		Mulheres (<i>n</i> =36)		TOTAL (<i>n</i> =112)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ativo	48	63,2	17	47,2	65	58,0
Reformado/Aposentado	16	21,1	7	19,4	23	20,5
Desempregado	7	9,2	9	25,0	16	14,3
Estudante	5	6,6	1	2,8	6	5,4
Outra	---	---	2	5,6	2	1,8

Estes dados retratam um dos problemas sociais relacionados com a Tuberculose, sendo que quando uma doença atinge mais pessoas em idade produtiva, poderá ter um reflexo significativo na vida socioeconómica das famílias, por se tratar de uma doença, cujo período de tratamento, é no mínimo de seis meses.

Analisando o valor apresentado para a condição de “reformado” e “desempregado”, verifica-se que nos homens atinge 30,3% e nas mulheres incide sobre 44,4%, do total da sua amostra.

Este dado pode levar-nos a ponderar a hipótese de considerar as características de natureza social, económica (de entre outras) destas populações. Os locais públicos de convívio social, tais como cafés, centros recreativos e sociais, podem ser um fator potencializador destes resultados nestes grupos, pelo facto de as pessoas passarem bastante tempo juntas e com uma probabilidade de proximidade física bastante acentuada.

Recorda-se ainda que a população abrangida pelo ACeS onde se desenvolve o estudo apresenta uma taxa média de desemprego de 12,1%, sendo este dado mais legível a nível do género feminino, atingindo uma taxa de 13,4% (INE- dados 2011).

Na Tabela 4, onde estão representados os dados relativos ao grau de ensino que completou, podemos verificar que nos homens predomina o 1º ciclo do ensino básico/antiga 4ª classe ($n=22$; 28,9%); nas mulheres, assiste-se a um predomínio do ensino secundário e ensino superior, com igual valor ($n=7$; 19,4%).

Nos homens, o ensino superior ($n=12$; 15,8%) aparece-nos em segundo lugar seguido do 2º ciclo do ensino básico/antiga 6ª classe ($n=10$; 13,2%); nas mulheres, seguem-se o 1º ciclo do ensino básico/antiga 4ª classe ($n=6$; 16,7%) e o 3º ciclo do ensino básico ($n=5$; 13,9%).

Também se pode verificar que, 5,4% ($n=6$) da amostra, não sabe ler nem escrever.

De uma forma geral, estes dados ajudam-nos a compreender o grau de literacia dos utentes que participaram no estudo.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos participantes por grau académico e por género

Grau académico	Homens (n=76)		Mulheres (n=36)		TOTAL (n=112)	
	n	%	n	%	n	%
Não sabe ler nem escrever	4	5,3	2	5,6	6	5,4
Só sabe ler e escrever	4	5,3	3	8,3	7	6,3
1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / antiga 4ª classe	22	28,9	6	16,7	28	25,0
2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório	10	13,2	3	8,3	13	11,6
3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus	8	10,5	5	13,9	13	11,6
Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus	8	10,5	7	19,4	15	13,4
Ensino Médio	7	9,2	3	8,3	10	8,9
Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)	12	15,8	7	19,4	19	17,0
Não respondeu	1	1,3	---	---	1	0,9

Os resultados obtidos neste âmbito estão de acordo com os dados fornecidos pelos CENSOS (2011) e Pereira (2011). Estes referem que a população portuguesa tem oito anos de escolaridade média. Em Portugal, a população que possui o ensino superior representa cerca de 12% e a população que possui o ensino secundário completo representa cerca de 13%. Os níveis de instrução correspondentes ao 2º e 3º ciclo, atingem cerca de 16% e 13% da população, respetivamente. O ensino básico 1º ciclo corresponde ao nível de ensino mais elevado concluído por 25% da população. A população sem qualquer nível de ensino corresponde a 19% (INE, 2011).

Ao analisarmos os dados do indicador relativo ao grau de ensino que completou, podemos dizer que existe uma convergência com outros estudos que revelam que a incidência de Tuberculose é mais representativa nas camadas sociais com menor nível de escolaridade, evidenciando maior vulnerabilidade social, sendo que a baixa escolaridade pode influenciar os utentes na apreensão de informação sobre a doença (Bowkaowski e Bertolozzi, 2010). No entanto, não podemos ignorar o valor significativo de utentes com Ensino Superior (Politécnico ou Universitário), que corresponde a 17% do total da amostra, sendo que só 5,4% da amostra refere não saber ler nem escrever.

Caraterização da periodicidade com que os participantes utilizaram o CDP

Analisando a questão relativa à periodicidade de contactos com o CDP, através das questões: “Esta é a sua primeira consulta neste Centro de Diagnóstico Pneumológico?” “Se não, quantas vezes vieram nos últimos 12 meses”, obtiveram-se os resultados representados na Tabela 5:

Todos os participantes, no total de 112 (100%), responderam não ser a primeira experiência de contacto com o CDP.

Este resultado era o expectável, considerando que um dos critérios de inclusão na amostra e já descritos era o de ter havido dois ou mais contactos com o CDP. Desta forma, existe concordância com as respostas apresentadas na Tabela 5, 6 e 7, em que todos os representantes tiveram no mínimo dois contactos com a unidade de cuidados.

Tabela 5 – Testes de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors (*D*) e de Shapiro-Wilk (*W*) na verificação da normalidade das distribuições relativa à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses” por género.

	Todos (<i>n</i> =112)		Homens (<i>n</i> =76)		Mulheres (<i>n</i> =36)	
	<i>D</i>	<i>p</i>	<i>D</i>	<i>p</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses	0,144	<0,001*	0,173	<0,001*	0,132	0,115

* distribuição não-normal ($p < 0,05$)

Tabela 6 – Teste de Levene (*F*) na verificação da homocedasticidade relativa à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses”.

	Teste de Levene	
	<i>F</i>	<i>p</i>
Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses	1,279	0,261

Tabela 7 – Representação da Média, Desvio Padrão e Amplitude das respostas dos participantes à questão “Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses”, por género

	Homens (n=76)		Mulheres (n=36)		Comparação		TOTAL (n=112)
	M ±s (2-12)	Mean Rank	M ±s (3-10)	MeanRa nk	Z	p	M ±s (2-12)
Quantas vezes vieram nos últimos 12 meses	6,01 ±2,45 (2-12)	56,53	5,83 ±1,95 (3-10)	56,44	-0,013	0,990	5,96 ±2,29 (2-12)

Constata-se que as respostas à questão “se não, quantas vezes vieram nos últimos 12 meses” têm distribuição não-normal no grupo dos homens ($D=0,173$; $p < 0,0001$) e distribuição normal no grupo das mulheres ($W=0,132$; $p=0,115$).

A homocedasticidade da variável foi feita com recurso ao teste de Levene, tendo-se verificado que a mesma tem variâncias homogéneas ($p > 0,05$).

Na comparação entre homens *versus* mulheres, constata-se que não existe evidência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($Z=-0,013$; $p=0,990$), o que significa que a frequência de consultas no CDP é similar entre homens e mulheres, tendo sido em Média, de 5,96 consultas no último ano. O número mínimo de consultas verificadas no último ano foi de 2 e o máximo de 12, confirmando o estabelecido à *priori*, como um dos critérios de inclusão dos participantes.

Avaliação Global das respostas ao EUROPEP

Das respostas que compõem o Questionário e que pretendem, face à qualidade dos cuidados que foram prestados, avaliar a opinião dos utentes do CDP e considerando a globalidade dos participantes, obtiveram-se os resultados representados em Anexo (VIII).

Pela análise da totalidade das respostas aos 38 itens do questionário, verifica-se em termos percentuais, a seguinte concentração:

- 43,3% das respostas situou-se na opção 4 que corresponde a uma avaliação de «Muito Bom»;

- 27,6% das respostas, foram classificadas pela opção 5 que corresponde a uma avaliação de «Excelente»;
- 18,5% das respostas, situaram-se no nível 3, que corresponde à classificação de «Bom»
- 4,5% das respostas foram classificadas no nível 2, que corresponde ao «Razoável».
- 6,1% das respostas referem não se aplicar.

Tal como os dados evidenciam uma percentagem significativa de respostas, enquadradas no nível de «Muito Bom», no entanto, se associarmos a estes dados à percentagem de respostas enquadradas no «Excelente», temos que 70,9% das respostas dos nossos utentes relativamente à satisfação com a qualidade dos cuidados que lhe são prestados, se situam num intervalo entre o «Excelente e o Muito Bom».

Analisando individualmente as mais elevadas e as mais baixas frequências de respostas em cada uma das opções, podemos constatar que o item n.º 27, *Facilidade em marcar consulta (...)* foi o que registou maior frequência de respostas situadas no «Excelente», com 64,3%. Será também de realçar os valores encontrados para a questão n.º 28, *Possibilidade de falar pelo telefone com este Centro (...)* com 56,3% de resposta a classificar como «Excelente».

Olhando para estes dados à luz dos conceitos sobre qualidade, podemos relacioná-los com algumas das dimensões consideradas relevantes para a satisfação dos utentes, apontadas por diversos autores e incluídas inclusive no PNS (2012-2016). Assim pode ponderar-se, que as dimensões com impacto na satisfação utentes do CDP sejam a *Acessibilidade*, que nos surge relacionada com a facilidade de acesso aos serviços de saúde; a *Disponibilidade* quer dos profissionais, quer dos prestadores; passando pela Dimensão relacionada com os *Aspetos Técnicos*, que incidem, de entre outros aspetos, sobre o *respeito, amizade e cortesia*.

Sustentando-nos no que defendem Zeithaml e Bitner (2003), que o primeiro e possivelmente um dos mais importantes passos para a prestação de um serviço de qualidade é conhecer a expectativa do cliente, complementa-se e partilha-se também da opinião de Van Stralen et al. (2008), ao mencionarem que a acessibilidade, que diz respeito principalmente à maior ou menor facilidade da população para obter uma consulta ou contactar com o serviço, é uma questão fulcral nos Cuidados de Saúde Primários. O acesso aos serviços de saúde é uma questão importante nos Cuidados de Saúde Primários, visto

que funcionam como a porta de entrada no sistema de saúde ou como primeira linha de atendimento. Assim, o acesso refere-se à possibilidade da utilização dos serviços de saúde quando necessários, além de expressar características da oferta que facilitam ou obstruem a possibilidade de as pessoas acederem aos serviços de saúde quando deles necessitam (Mishima et al., 2010). Outros estudos também concluíram que basta reduzir o tempo de espera para aumentar a satisfação do utente (Hassan et al., 2008).

O resultado do presente estudo refletem a facilidade em se proceder à marcação de uma consulta ou de se estabelecer contacto com o CDP, aspetos que se consideram primordiais considerando as pessoas com este tipo de doença a que este serviço dá resposta. Não se verificando lista de espera na marcação de consulta médica ou de enfermagem, a priorização de atendimento resume-se ao agendamento e atendimento no próprio dia ou no limite, no dia seguinte (Relatório de Atividades do CDP (2013)).

Também se considera oportuno refletir sobre a percentagem significativa de frequência de respostas relacionadas com o item n.º 19 (59,8%), *Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem* e o item n.º 20 (58,9%), *Explicações dadas pelos enfermeiros (...)*, aos quais foi atribuída uma avaliação de «Excelente» e cujos itens se direcionam para a satisfação com as intervenções dos enfermeiros. Associando estes dados, aos resultados também obtidos nas respostas aos itens n.º 23, *Competência, cortesia e carinho do pessoal médico* onde 47,3% das respostas classificam-no como «Excelente» e o item n.º 24, *Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem*, que apresenta a mesma classificação cujo valor verificado é de 53,6%.

Estes aspetos, que influenciam a satisfação do utente, encontram-se também presentes nos resultados dos estudos efetuados por Yanai et al. (2008). Os utentes envolvidos neste estudo também referiram como motivo de satisfação, a *cortesia e a forma como a equipa clínica aborda os utentes*. Também se encontravam incluídos estes aspetos e foram referidas as *explicações que são dadas aos utentes, antes e após o atendimento ou a prestação de exames*.

No estudo efetuado por Momani e Korashy (2012), o pouco tempo de espera, o envolvimento dos utentes nos cuidados e a competência técnica e o carinho dos enfermeiros são aspetos que foram identificados como relevantes na satisfação dos utentes.

Da análise dos resultados não se pode deixar de considerar as respostas aos itens n.º 35 direcionado para o conforto geral do CDP *comodidade, temperatura, ambiente (...)* e o item

n.º 36, relacionado com a *limpeza das instalações do CDP*, por estes terem registado a mais baixa frequência de respostas que atribuem uma avaliação de «*Muito Bom*», com 2,7% para a questão n.º 35 e 3,6% para a questão n.º 36. A avaliação destes dois itens enquadra-se, maioritariamente no nível do «*Bom*», com 42,0%, para a resposta n.º 35 e 47,3% para a resposta n.º 36. Estudos como o de Meileiro et al. (2010), Hassan et al. (2008) identificam como um dos fatores determinantes da satisfação dos utentes as condições físicas adequadas, tais como, a limpeza, temperatura e mobiliário da sala de espera.

Análise dos Indicadores – chave EUROPEP

Na Tabela 8, estão representados os valores obtidos para cada uma das cinco Dimensões que constituem os Indicadores Chave EUROPEP, por género, sendo elas: *Relação e Comunicação; Cuidados Médicos; Informação e Apoio; Continuidade e Cooperação e Organização dos Serviços*.

Os valores obtidos incidem sobre a média, desvio padrão e coeficiente de variação, para a totalidade dos participantes e por género (tabela 8).

Tabela 8 – Representação da Média e desvio-padrão e coeficiente de variação das respostas dos participantes às dimensões dos Indicadores – Chave EUROPEP e por género.

Dimensões	TODOS (n=112)			Homens (n=76)			Mulheres (n=36)		
	M	s	CV	M	s	CV	M	s	CV
• Relação e Comunicação	4,2	0,55	13,1	4,3	0,53	12,3	4,2	0,59	14,0
Tempo para cuidar	4,4	0,52	11,8	4,4	0,49	11,1	4,3	0,58	13,5
Humanidade	4,2	0,65	15,5	4,2	0,63	15,0	4,1	0,69	16,8
Envolvimento dos doentes	4,1	0,73	17,8	4,1	0,71	17,3	4,0	0,77	19,3
Confidencialidade do processo	4,2	0,74	17,6	4,2	0,72	17,1	4,2	0,79	18,8
• Cuidados Médicos	3,8	0,53	13,9	3,9	0,46	11,8	3,7	0,65	17,6
Efetividade dos cuidados	3,8	0,59	15,5	3,8	0,54	14,2	3,7	0,67	18,1
Competência/Precisão	4,2	0,57	13,6	4,2	0,54	12,9	4,1	0,63	15,4
• Informação e Apoio	4,1	0,54	13,2	4,2	0,51	12,1	4,0	0,58	14,5
Tipo de informação	4,1	0,61	14,9	4,2	0,56	13,3	4,0	0,68	17,0
Aconselhamento	4,1	0,54	13,2	4,2	0,51	12,1	3,9	0,55	14,1
• Continuidade e cooperação	4,4	1,07	24,3	4,5	1,08	24,0	4,1	1,02	24,9
Continuidade	4,3	1,18	27,4	4,4	1,20	27,3	3,9	1,06	27,2
Cooperação	4,5	1,23	27,3	4,6	1,24	27,0	4,4	1,22	27,7
• Organização dos Serviços	4,1	0,45	11,0	4,1	0,41	10,0	4,0	0,53	13,3
Acessibilidade e espera	4,0	0,47	11,8	4,1	0,42	10,2	4,0	0,56	14,0
Apoio do pessoal	4,3	0,61	14,2	4,3	0,62	14,4	4,4	0,60	13,6

Para além da análise já efetuada, de um modo geral e tendo em consideração os valores médios obtidos, verifica-se nas cinco Dimensões, uma satisfação global situada ao nível do «Muito Bom», salvo a Dimensão relativa aos *Cuidados Médicos*, que se apresenta ligeiramente abaixo desse valor, para a subdimensão *Efetividade dos Cuidados* (M- 3,8) e que se situa no nível «Bom».

Considera-se importante referir que, no que se relaciona com a Dimensão *Relação e Comunicação* que neste estudo se situa no nível «Muito Bom» (M - 4,2), é reconhecida na literatura relacionada com a área da saúde, como sendo esta um dos aspetos fundamentais para a implementação de uma estratégia terapêutica eficiente e uma maior adesão ao regime terapêutico. O estabelecimento de relações entre utentes, profissionais e serviço permite otimizar estes resultados e acentuam-se de forma evidente à medida que se vai consolidando este vínculo (Bergel e Gouveia, 2005).

Indicadores de Áreas Específicas

Tabela 9 – Representação da Média, desvio-padrão e coeficiente de variação das respostas dos participantes às Dimensões dos Indicadores de Áreas Específicas e por género

Dimensões	TODOS (n=112)			Homens (n=76)			Mulheres (n=36)		
	M	s	CV	M	s	CV	M	s	CV
Todas	3,9	0,50	12,8	4,0	0,44	11,0	3,8	0,57	15,0
•Oferta de outros serviços	3,5	0,83	23,7	3,5	0,86	24,6	3,3	0,76	23,0
•Resposta	4,7	0,85	18,1	4,8	0,68	14,2	4,4	1,10	25,0
•Recursos humanos	4,4	0,56	12,7	4,5	0,54	12,0	4,3	0,60	14,0
•Instalações	2,9	0,88	30,3	3,0	0,83	27,7	2,7	0,97	35,9

Os dados apresentados permitem verificar que a média global da avaliação das Dimensões dos Indicadores de Áreas Específicas, situa-se ao nível do «Bom» (M-3,9). Este valor atribui-se sobretudo à custa da classificação obtida pelas Dimensão *“Instalações”*, que foi classificada a nível do «Razoável» (2,9), para a globalidade da amostra, seguida da

Dimensão *Oferta de outros Serviços*, com valores ligeiramente acima, já ao nível do «Bom» (3,5).

Indicadores de Satisfação Global

As respostas relacionadas como grau de concordância em relação às questões Q 39 – *Este Centro responde às suas necessidades dos utilizadores (...)*, Q40 – *Recomenda fortemente este CDP aos amigos (...)* e Q41 – *Não vejo razão para mudar (...)*, foram avaliadas pela utilização de uma escala. Essa escala aborda a satisfação pela concordância ou discordância com as afirmações, a partir de categorias que variam entre “concordo muito” e “não sei”.

Obtiveram-se os resultados em termos de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) e são apresentados nas Tabela 9 e 10.

Tabela 10 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) das respostas dos participantes, em relação aos Itens: Q39; Q40; Q41.

Itens	Concordo muito		Concordo		Discordo		Discordo muito		Não sei	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Q39	8	7,1	60	53,6	23	20,5	6	5,4	15	13,4
Q40	11	9,8	88	78,6	8	7,1	---	---	5	4,5
Q41	13	11,6	86	76,8	10	8,9	1	0,9	2	1,8

Neste sentido e em termos globais obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 11 – Frequência relativa (%) das respostas dos participantes em relação ao grau de concordância com os itens Q39; Q40; Q41

Código	Classificação	Valor %
2	«Concordo»	69,6%
3	«Discordo»	12,1%
1	«Concordo Muito»	9,5%
5	«Não sei»	6,6%
4	«Discordo Muito»	3,2%

Estes dados refletem a opinião dos utentes no que se relaciona com as intenções dos utentes.

Dos dados obtidos, 53,6% dos utentes considera que o CDP responde às suas necessidades como utilizadores e 76,8% não vêem qualquer necessidade de mudarem de Unidade de Saúde. Estes dados podem-nos indicar que os utentes estão satisfeitos com o CDP e não querem mudar para outro. Sustenta-se ainda esta opinião, na evidência de que 78,6% dos utentes recomendariam fortemente esta Unidade a amigos.

Analisando os dados à luz da concordância, verifica-se que a opção 2 «Concordo», obtém, nos 3 itens que formam as dimensões dos Indicadores de Satisfação Global, o valor de 69,6%. Seguem-se as opções 3 «Discordo», com 12,1%; a opção 1 «Concordo Muito», com 9,5%; a opção 5 «Não sei», com 6,6% e finalmente a opção 4 «Discordo Muito», com 3,2%.

Análise descritiva dos resultados

Por género

Pelos resultados expostos nas tabelas anteriormente apresentadas pode observar-se a média, desvio-padrão e coeficiente de variação dos sujeitos da amostra (total e por género).

Analisando o valor das respostas para homens e mulheres, pode observar-se que no geral, em todos os parâmetros, o valor médio de cada Dimensão situa-se só no «Muito Bom».

As mulheres apresentam um nível de satisfação inferior aos homens, sendo este valor mais expressivo nos Indicadores de Áreas Específicas e com maior tradução a nível do Item *Instalações* ($M = 2,7 \pm 0,97$) nas mulheres e ($M = 2,9 \pm 0,88$) nos homens. Estes valores situam-se entre o «Razoável» e o «Bom». De salientar que o valor encontrado para os homens, embora seja ligeiramente superior, não sai fora do intervalo encontrado para as mulheres. Já nos estudos efetuados por Cabete et al (2012), é notório o predomínio do reclamante do género feminino, justificando os autores, que esta propensão poderá ser explicada pelo maior recurso aos cuidados de saúde pelas mulheres do mundo ocidental.

Procurando obter mais dados sobre as características demográficas do reclamante do sistema nacional de saúde português, não foi conseguido pelo facto de não ser efetuado o levantamento destes dados, aquando formalização da reclamação nos impressos disponíveis para o efeito.

Analisando os resultados relacionados com as cinco Dimensões da área da Satisfação, verifica-se que nos homens os resultados de maior nível de satisfação com o CDP situam-se ao nível das Dimensões: *Continuidade e Cooperação* ($M = 4,5 \pm 1,08$); *Relação e Comunicação* ($M = 4,3 \pm 0,53$). Nas mulheres ocorrem igualmente na Dimensão *Continuidade e Cooperação* ($M = 4,1 \pm 1,02$) e na Dimensão *Relação e Comunicação* ($M = 4,2 \pm 0,59$), estando os valores apresentados situados no nível do «Muito Bom».

De todas, a Dimensão *Cuidados Médicos* é a que regista, nas duas amostras, o valor médio mais baixo, verificando-se que nas Mulheres o seu valor é ligeiramente mais expressivo ($M = 3,7 \pm 0,65$) versus homens ($M = 3,9 \pm 0,46$), situando-se estes valores no nível «Bom».

Quanto à «Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses» e à «Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses», quer os homens ($M = 4,2 \pm 0,41$) quer as mulheres ($M = 4,0 \pm 0,56$) têm opinião média semelhante, de «Muito Bom».

Em termos de coeficiente de variação, a amostra de homens regista maior homogeneidade comparativamente à amostra de mulheres. Em termos globais, os Indicadores de Áreas Específicas, na sua questão relacionada com as *Instalações* é a que apresenta mais elevada dispersão, ou seja, maior heterogeneidade entre os sujeitos.

Por grupos etários

No Anexo (VIII), observa-se a média e desvio-padrão dos sujeitos da amostra em função do grupo etário e Indicador - Chave EUROPEP. A maior concentração de sujeitos situa-se no grupo que vai dos 31 aos 60 anos de idade ($n=71$). A nível do mais alto valor atribuído para cada Dimensão em função do grupo etário, temos:

O grupo mais jovem “20 e menos anos”, tem opinião mais favorável na Dimensão *Organização dos Serviços* ($M = 4,5 \pm 0,22$), com Muito Bom;

No grupo dos “21-30 anos”, verificam-se valores aproximados, nas Dimensões *Relação e Comunicação* ($M = 4,1 \pm 0,57$) e *Informação e Apoio* ($M = 4,1 \pm 0,63$), com Muito Bom;

No grupo do “31-40 anos” predominam a Dimensão *Continuidade e Cooperação* ($M = 4,3 \pm 1,15$), com Muito Bom;

No grupo dos “41-50 anos” verifica-se um predomínio da Dimensão *Continuidade e Cooperação* ($M = 4,7 \pm 1,04$), com avaliação de Muito Bom;

No grupo dos “51-60 anos”, surgem-nos a Dimensão *Continuidade e Cooperação* (M = 4,4±1,18), com avaliação de Muito Bom;

No grupo dos “61-70 anos”, surgem-nos a Dimensão *Continuidade e Cooperação* (M = 4,4±0,93) e a *Relação e Comunicação* (M = 4,4±0,62), com avaliação de Muito Bom;

No grupo “71 e mais anos”, predominam a Dimensão *Continuidade e Cooperação* (M = 4,6±1,06) valor para Muito Bom.

Ao nível etário, em termos globais, os mais jovens “20 e menos anos”, têm a opinião mais favorável do CDP, sendo que a opinião menos favorável é dos sujeitos dos grupos etários “21-30 anos”, “31-40 anos” e “51-60 anos”.

A maior insatisfação surge em relação às “Instalações», que apresenta o seu valor mais baixo dentro da classificação de “Razoável”, nos grupos etários compreendidos entre os “31 e os 70 anos de idade”.

Todavia, de uma forma geral, em termos médios e em todos os grupos verifica-se um grau de satisfação de “Bom” e “Muito Bom” com o CDP. Estes resultados são concordantes com as Dimensões dos Indicadores de Satisfação Global – *Recomendações e Razões para mudar* – onde, em termos gerais, quase todos os participantes atribuem o valor de *concordo* com o não haver razões para mudar e com a recomendação do serviço.

Considerando a opinião dos mais jovens com “20 e menos anos” não podemos, no entanto, deixar de ter em consideração que este é o grupo etário que tem uma amostra significativamente mais reduzido (3 participantes) comparativamente com os grupos restantes. Desejável seria ter amostra mais homogénea, possibilitando desta forma generalizar os resultados para o resto da população.

Não se pode descurar o facto de só haver nesta ACeS, uma unidade com estas características e com este tipo de atendimento, sendo que a grande maioria dos utentes não têm nem nunca tiveram um contacto com outro CDP. Deste modo, presume-se que para os utentes envolvidos neste estudo, seja difícil estabelecer comparações entre CDPs e em simultâneo emitir opinião, no que se refere a estes aspetos.

Análise comparativa

Pela Tabela apresentada em Anexo (VIII), foi ostenta a aplicação do teste *t* de medidas independentes, nas variáveis assinaladas com (⊥), uma vez que os participantes homens

versus mulheres, registam distribuição normal e nas restantes variáveis, pelo teste *U* Mann-Whitney, uma vez que pelo menos um grupo de participantes, por género, regista distribuição não-normal, observa-se que apenas as Dimensões: *Informação e Apoio* ($p=0,036$); *Aconselhamento* ($p=0,039$); *Continuidade* ($p=0,037$) e os Indicadores de Áreas Específicas ($p=0,028$) registam evidências de diferenças estatisticamente significativas.

Esta situação poderá ser atribuída à média mais elevada de homens, na amostra e que, como já foi referido, apresentam um grau de satisfação ligeiramente mais elevado.

Paralelamente, os homens têm opinião mais favorável do que as mulheres quanto ao conhecimento que o seu médico tem sobre o que foi feito e dito em consultas anteriores; a competência; cortesia e carinho do pessoal médico; de enfermagem e secretariado clínico; o respeito aquando do tratamento e a privacidade; a rapidez na resolução dos problemas urgentes e a higiene e os serviços ao domicílio proporcionados pelo CDP.

Nas restantes Dimensões, não existem evidências significativas de diferença entre os géneros ($p > 0,05$), o que revela a presença de grande homogeneidade na forma como os sujeitos de ambos os géneros emitem opinião, nestas áreas, acerca do CDP.

Pelo teste de Kruskal -Wallis (Anexo VIII), realizou-se a comparação simultânea entre os sujeitos de diferentes grupos etários. Observou-se que apenas a Dimensão *Organização dos Serviços*, apresenta evidências de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=12,689$; $p=0,048$), entre pelo menos dois grupos etários. Estes valores localizam-se no grupo etário “ ≤ 20 anos”, onde se verifica um Mean Rank de 93,00 e no grupo etário dos “31-40 anos”, onde se verifica um Mean Rank de 44,62.

Comparações múltiplas

Recorrendo ao procedimento de Bonferroni, constata-se que as diferenças significativas na Dimensão *Organização dos Serviços* ocorrem entre os pares “20 e menos anos” versus “31-40 anos”. Esta situação deve-se à mais elevada classificação média (*Mean Rank*) do grupo mais jovem, ou seja, devido ao facto do grupo “20 e menos anos” atribuir melhor classificação à Dimensão *Organização dos Serviços*. No entanto, refere-se que a dimensão do grupo mais jovem (grupo onde se verifica uma mais elevada média) é nitidamente menos representativa (3 participantes), comparativamente com o grupo com a qual se está a comparar, verificando-se neste, a mais baixa média observada. No entanto, este aparece-

nos como o grupo mais representativo em termos de dimensão da amostra (29 participantes).

Análise de correlação

Para a totalidade da amostra

Pela análise dos dados obtidos (Anexo VIII), referentes à matriz de correlações entre as Dimensões do questionário de satisfação de utilizadores do CDP e considerando a totalidade da amostra, constata-se que todas as correlações têm orientação positiva (i.e., à medida que o valor de uma Dimensão aumenta, o valor da outra Dimensão aumenta também) e são estatisticamente significativas. Desta forma, esta situação revela que estes valores obtidos têm forte probabilidade de ocorrerem em idêntica magnitude na população. Verifica-se que apenas as correlações entre a Dimensão *Relação e Comunicação* versus Dimensão *Cuidados Médicos* ($r=0,72$) e Dimensão *Relação e Comunicação* versus Dimensão *Informação e Apoio* ($r=0,76$) são de forte magnitude ($0,70 \leq r \leq 0,89$); por sua vez, as correlações entre a Dimensão *Relação e Comunicação* versus Dimensão *Continuidade e Cooperação* ($r=0,35$), Dimensão *Cuidados Médicos* versus Dimensão *Continuidade e Cooperação* ($r=0,25$) e Dimensão *Continuidade e Cooperação* versus Dimensão *Organização dos Serviços* ($r=0,38$), são de fraca magnitude ($0,20 \leq r \leq 0,39$). Todas as restantes correlações são de moderada magnitude ($0,40 \leq r \leq 0,69$).

Por género

Considerando a amostra subdividida em Homens e Mulheres, constata-se que todas as correlações têm orientação positiva (Anexo VIII).

Nos homens, com exceção da correlação entre as Dimensões *Cuidados Médicos* versus *Continuidade e Cooperação* ($r=0,20$) e nas mulheres a mesma correlação entre as Dimensões *Cuidados Médicos* versus *Continuidade e Cooperação* ($r=0,32$), não são estatisticamente significativas. As restantes Dimensões são estatisticamente significativas.

No grupo de homens, as correlações de forte magnitude verificam-se entre as Dimensões *Relação e Comunicação* versus *Cuidados Médicos* ($r=0,73$) e as Dimensões *Relação e Comunicação* versus *Informação e Apoio* ($r=0,75$).

No grupo de mulheres verifica-se correlação de forte magnitude entre as Dimensões *Relação e Comunicação* versus *Informação e Apoio* ($r=0,79$).

Na amostra e relativamente aos dois géneros, não parece existir uma relação de causa-efeito entre a Dimensão *Cuidados Médicos* bem como a Dimensão *Continuidade e Cooperação* com a Dimensão *Organização dos Serviços*.

Este dado fundamenta-se no facto de a magnitude dos valores de correlação serem fracos, ou seja, para a relação Dimensão *Cuidados Médicos*, verifica-se uma correlação de 0,20 (correlação fraca); para a relação Dimensão *Continuidade e Cooperação*, verifica-se uma correlação de 0,32 (correlação fraca) e para a relação Dimensão *Organização dos Serviços*, verifica-se uma correlação de 0,39 (correlação fraca).

Opiniões dos utentes

O facto de estar incluído no questionário a questão de pergunta aberta e ter em simultâneo a entrevista semiestruturada, como colheita adicional de informação, possibilitou identificar categorias que não estavam previstas nas restantes perguntas do questionário.

Relativamente aos questionários dos 112 participantes, 28 responderam à pergunta aberta o que representa 25% da amostra do estudo. Relativamente às entrevistas, foram efetuadas cinco, pelo facto de se ter verificado a saturação dos dados.

Qualquer técnica de análise de dados significa, em última instância, uma metodologia de interpretação, como tal, este procedimento permitiu identificar cinco Dimensões à volta das quais se estruturam as respostas dos participantes e que são: Dimensão Continuidade de Cuidados, da qual faz parte a Categoria *Estado de Saúde*; Dimensão Material, da qual fazem parte as Categorias *Acesso à Unidade /Condições Físicas e o Conforto e Higiene*; Dimensão Organizacional, constituída pelas Categorias *Localização do CDP, Horário de funcionamento, Recursos Humanos, Tempo de Espera e Organização do Espaço Físico e, Ambiente Seguro*; Dimensão Relacional da qual faz parte as Categorias *Sentimento de Proteção e Segurança, Agrado e a Categoria de Medo de Rejeição e Isolamento* e a Dimensão Técnica da qual fazem parte as Categorias *Aplicação “cega” da Norma TOD, Envolvimento do Utente no Tratamento e Recomendações e Aconselhamento*.

No Quadro 1, identificam-se algumas Unidades de Registo que integram a categoria Estado de saúde, da Dimensão Continuidade de Cuidados.

Quadro 1 - Representação da Categoria e unidades de registo que identificam a Dimensão *Continuidade de Cuidados*

Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
Continuidade Cuidados	Estado de Saúde	<i>“ (...) já é bom ter a Sr.ª Enf.ª que todos os dias me vai dar a casa os remédios (...)”. Q 15</i>
		<i>“ (...) passei por três enfermeiras diferentes aqui, neste sitio, “(...) todas, mas mesmo as três sabiam o que se passava comigo, não falha, estão mesmo bem informadas, acho que se informam umas às outras, isso é bom para os doentes(...)” E3</i>

Referindo-nos à **Dimensão Continuidade de Cuidados**, inferida dos discursos e que reflete a importância da garantia da continuidade dos cuidados e dos tratamentos prescritos inclui-se aqui a administração da medicação no domicílio do utente. Este procedimento é considerado importante pelo utente, pelo menos no período inicial de tratamento, em que este se sente mais fragilizado na sua condição de saúde e pretendendo, em simultâneo, minimizar o contacto do utente com o exterior, melhor dizendo, evitar possíveis transmissões da doença.

Quadro 2 - Representação das Categoria se unidades de registo que integram a Dimensão Material

Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
Material	Acesso à Unidade/Condições Físicas	<i>“Esta entrada para a sala é muito alta (...)”. “ (...) difícil subir com a cadeira de rodas”. Q 4</i>
		<i>“ (...) os quartos de banho deviam dar para uma pessoa como eu, com muletas, são muito pequenas e não tenho aonde me agarrar (...)”. Q91</i>
Material	Conforto/Higiene	<i>“ (...) fico muito cansada e está muito frio aqui.” Q 5</i>
		<i>“ (...) deviam ter o ambiente aquecido no Inverno”. E1</i>
		<i>“ (...) devia haver mais limpeza, o chão está muito sujo e as cadeiras também estão”. Q6</i>
		<i>“Quem fica á espera da consulta, não tem revistas para ler (...) E4</i>
		<i>“ (...) nem televisão para olhar (...)”. Q55.</i>

Relativamente à **Dimensão Material**, representada no quadro 2, os discursos que a classificam agrupam-se em duas Categorias: Acesso à Unidade/Condições Físicas, referindo-se às instalações, focando a falta de adequação dos espaços físicos a pessoas com mobilidade comprometida; Conforto/Higiene, refletindo aspetos relacionados com a temperatura, higiene e falta de alguns equipamentos considerados básicos para os utentes, tais como televisão e a organização do espaço físico/ambiente seguro.

Reportando-nos aos resultados obtidos nos Questionários, podemos verificar que no *Indicadores de Áreas Específicas* e em particular a Dimensão *Instalações* foi o que mereceu uma classificação menos favorável, ou seja, a mais baixa de todas as classificações atribuídas, situando-se a nível do “*Razoável*”.

Pode dizer-se que estes dados relacionam-se principalmente com as condições de temperatura ambiente do serviço, a estrutura física da sala de espera e a falta de alguns equipamentos considerados pelos utentes como importantes para o seu conforto. A temperatura ambiente da sala de espera, segundo opinião dos participantes, evidenciou-se relativamente baixa, ao ponto de criar algum desconforto físico nos utentes que aguardavam pelo atendimento. De igual forma, também assistimos ao contributo da limpeza geral do serviço que se evidencia deficitária e também aqui manifestada pelos utentes.

Resultados idênticos foram obtidos nos estudos de Ferreira (2000), onde de facto a avaliação relacionada com a limpeza e o conforto foi má.

Analisando a informação apresentada no Quadro 3, identifica-se a Dimensão Organizacional que está presente nos discursos, através das Categorias: Localização; Horário de Funcionamento; Recursos Humanos e Tempo de Espera em sala; Organização do Espaço Físico/Ambiente Seguro.

Quadro 3 – Representação das Categoria se unidades de registo que integram a Dimensão Organizacional

Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
Organizacional	Localização	<i>“Deviam ter placas a dizer onde estão já que estão mesmo escondidos”</i> Q7 <i>“(…) É bom ter sítio para estacionar o carro.”</i> Q7 <i>“(…) Por o Centro mais perto da cidade, com acesso a transportes públicos (…)”</i> Q98.
	Horário Funcionamento	<i>“Devia abrir mais cedo para não perder horas de trabalho”.</i> Q71;
	Recursos Humanos	<i>“O Centro de saúde devia ter mais pessoas na secretaria a atenderem os doentes. Uma pessoa sozinha não consegue fazer tudo, o tempo que esperei para ser atendido, a menina estava tão ocupada!”</i> Q 107
	Tempo Espera	<i>“(…) não esperar tanto tempo pela consulta”.</i> E3 <i>“Ó menina, espera-se muito tempo pela consulta, não devia ser assim.”</i> Q4 <i>“Deviam marcar as consultas e sermos atendidos nessa hora (como no nosso medico de família) ”.</i> Q17
	Organização do Espaço Físico/Ambiente Seguro	<i>“Não acho bem ajuntar os doentes que têm com tuberculose com os que não têm, todos juntos ao mesmo tempo e na mesma sala”.</i> Q17 <i>“(…) Não devia juntar tanta gente na sala de espera”.</i> Q7 <i>“(…) Ter duas salas de espera para os doente e não doentes (…)”</i> E5

Pela Análise da **Dimensão Organizacional** verifica-se que os principais relatos dos utentes se prendem com questões tão essenciais como a própria localização física da Unidade, os horários de atendimento, passando pelo tempo de espera pela consulta. Já em 1995, Johnston, R., apontou, nos seus estudos relacionados com este tema, como um dos fatores da qualidade a *Localização*, considerando que se refere a unidades de saúde geograficamente acessíveis, considerando a distância e os transportes alternativos. Por outro lado, as Unidades que integram os Cuidados de Saúde Primários devem estar localizadas próximas da população a que têm de prestar cuidados de saúde, no entanto isto nem sempre se verifica, trazendo assim consequências para a população (Santana, 2010).

Relativamente ao tempo de espera, está normalmente associado ao tempo de espera pelo atendimento, o qual se verifica numa sala de espera, com doentes a serem chamados mais tarde do que o previsto para serem atendidos (Justo, 2003).

No âmbito das Políticas de Saúde, o impacto dos tempos de espera no acesso a cuidados de saúde pode ser muito importante (Lourenço, 2007), pois o mesmo tem custos associados. A espera pode trazer riscos acrescidos para o utente, causando insatisfação, degradação do estado de saúde, prolongamento do sofrimento e ansiedade (Sharma, Siciliani e Harris, 2011).

Neste caso e se nos reportarmos ao tempo de espera dos indivíduos a exercer uma atividade profissional e dos estudantes, estes poderão ter associado um maior custo de oportunidade, pois o esperar pelos cuidados de saúde adia a maximização da sua função de utilidade (Ferreira, 2000).

No estudo, para além dos aspetos já referidos, ainda se revelou a própria estrutura física da sala de espera, onde é feita a observação de estarem no mesmo espaço físico utentes doentes e não doentes, potencializando desta forma a transmissão da doença, que se faz essencialmente por via aérea, através da tosse ou espirros.

Analisando o conteúdo representado no Quadro 4, identifica-se a **Dimensão Relacional**. Esta está presente nos discursos analisados e incide sobre as categorias relacionados como Sentimento de Proteção/Segurança, Agrado, Medo da Rejeição e Isolamento.

Quadro 4 -Representação das Categorias e unidades de registo que integram a Dimensão Relacional

Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
	Sentimento de Proteção e Segurança	<p><i>" (...) gostei de ter sido enviada para estes Centro(...) tenho uma profissão em que uma pessoa está exposta ao contacto ao público(...)"E1</i></p> <p><i>"As pessoas aqui não me conhecem, não crio aquela situação de as pessoas acharem que poderiam entrar em contágio por estarem à minha beira." E2</i></p> <p><i>"(...) sinto-me mais protegida aqui".E2</i></p> <p><i>"Senti-me seguro e protegido, aqui com vocês e depois (...)"E4</i></p>
Relacional	Agrado	<p><i>" (...) gosto muito de vir aqui." Q 15</i></p> <p><i>" (...) se bem que gosto muito do Sr. Doutor." Q 58</i></p> <p><i>" (...) de resto, gosto muito do Sr. Doutor e do Sr.ª Enfermeira e da menina que nos atende". Q 91</i></p> <p><i>" (...) salva a forma acolhedora como somos recebidos pelos profissionais que aqui trabalham." Q55</i></p>
	Medo da Rejeição e Isolamento	<p><i>"(...) há um grande estigma social em relação e esta doença, acho (...)"E1.</i></p> <p><i>" (...) como ainda existe esse tipo de estigma seria, seria... muito complicado, para ambos os lados(...)" E1</i></p> <p><i>"(...) sabe, aqui, ninguém me conhece. Se fosse no meu centro de saúde era mais complicado... as pessoas têm medo desta doença (...)" E4.</i></p>

Relativamente à análise relacionada com a **Dimensão Relacional**, vemos emergir também três categorias. O Sentimento de Proteção e Segurança, “ *Senti-me seguro e protegido, aqui com vocês e depois (...)*,” E4, onde se consta que a necessidade de Segurança tem um caráter muito representativo neste estudo, estando presente no discurso de vários participantes. Recordando as Necessidades Humanas Básicas, apresentadas na Pirâmide de Maslow e referidas por Moreira (2006), estas surgem-nos numa hierarquia de importância e de influência, em cuja base estão as necessidades mais básicas (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades de auto realização. A segurança aparece-nos num estágio logo a seguir às necessidades fisiológicas. As necessidades de segurança são aquelas que estão vinculadas com as necessidades de sentir-se seguro, sem perigo, em ordem, com segurança e englobam as necessidades de relacionamento. Inclui uma dimensão interpessoal e intergrupar, desde o local de trabalho ao social. São um tipo de necessidades individuais que dependem da relação interindivíduo bem como no modo de partilha e reciprocidade dos sentimentos, tendo em vista a satisfação mútua (Fachada, 1992).

O sentimento de proteção e segurança contrasta com o referido na Categoria *Medo Rejeição e Isolamento*, “ (...) *Há um grande estigma social em relação e esta doença (...)*” E1, onde emana da obrigação imposta ao utente em se deslocar à unidade de saúde para tomar a medicação para o seu tratamento. Devemo-nos reportar ao *estatuto do utente*, tal como o consagrado por exemplo na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Convenção para a Proteção dos Direitos do Ser Humano face às aplicações da Biologia, o direito do utente ao sigilo quanto à sua informação de saúde e reserva da vida privada. Ou seja, pode existir um agravamento do estigma social da doença quando o utente se desloca diariamente a uma unidade de saúde, durante determinado período de tempo, para tomar a medicação. Tanto mais que o mesmo, pode encontrar-se com diversas pessoas que fazem parte do seu círculo social e a quem este podia não ter interesse em revelar o tratamento.

Fazendo uso da opinião de Sontag (2007) de que a doença é como uma metáfora que consiste em dar a uma coisa o nome de outra: “*As metáforas contribuem para a estigmatização de certas doenças, como por exemplo, a tuberculose, que isolava a pessoa doente da comunidade, sendo encarada de modo sentimental, uma identidade deteriorada, um mal incurável.*” (pág. 81).

A identidade social estigmatizada destrói atributos e qualidades do sujeito, exerce o poder de controlo das suas ações e reforça a deterioração da sua identidade social, enfatizando os desvios e ocultando o caráter ideológico dos estigmas (Pôrto, A. 2007).

Nesta ótica, o indivíduo com tuberculose, constrói uma imagem negativa da doença gerando sentimentos controversos relativos à mesma. Também podem surgir outro tipo de sentimentos tais como o medo, insegurança, vergonha, angústia, ansiedade, mágoa e até culpa. O medo geralmente é mais frequente, pois o indivíduo sente receio de transmitir a doença para a família, de sofrer preconceitos, de ser excluído dos grupos inclusive dos grupos de amigos. Este aspeto apresenta-se bem vincado nos relatos recolhidos e apresentados.

Referindo-nos ao sentimento de agrado, com os profissionais, manifestados nos relatos colhidos, este pode ser um veículo potencializador de maior adesão dos utentes ao regime terapêutico.

No quadro 5, verifica-se os discursos que emergiram e que representam a **Dimensão Técnica**.

Quadro 5 – Representação das Categorias e unidades de registo que integram a Dimensão Técnica

Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
Técnica	Aplicação “cega” da Norma da TOD.	“Diz ... que não me pode dar os medicamentos para tomar em casa, porque são as regras e pode vir aqui uma inspeção ver que as regras não estão a ser cumpridas (..)” E2
	Envolvimento do Utente no Tratamento	“ (...), mas isto é para me chamar irresponsável ou os nossos governantes estão loucos ?” E2 “ (...) todos os dias faço cerca de 5 km para tomar os medicamento, já viu quanto me fica em gasolina? Isto não é para todos (...)” E4 “ (...)têm que confiar mais nos doentes e não os obrigar a vir todos os dias tomar aqui os medicamentos, nós somos os primeiros a querer ser tratados(..)” E4 “ (...)Confiar nos doentes e responsabiliza-los, também é tratamento”. E5
	Recomendações/ Aconselhamento	“O Medico devia ter uma forma de falar mais simples, outra forma de explicar. Já a Sr.ª Enfermeira explica de forma melhor, percebe-se bem”. Q101 “ (...) o Sr. Doutor diz que tenho que tomar direitinhos; esta Sr.ª Enf.ª que trabalha aqui, também diz que é muito importante e eu já me sinto muito melhor”. Q 15 “As recomendações que nos dão para serem seguidas em nossa casa, deveriam ser tomadas aqui também (reforçadas ainda) (...)” Q 12 “ (...) foram as recomendações que me deram para praticar em casa.” Q28

Analisando a **Dimensão Técnica**, verifica-se que emergem três categorias. O questionamento da Aplicação “cega” norma da TOD, aparecendo neste contexto, como um procedimento generalizado e *standard*, para todo e qualquer utente.

Estamos nitidamente perante um modelo biomédico onde as características da doença são o centro da atenção médica em detrimento da pessoa que está doente. Não se reconhece o utente, como parceiro no processo terapêutico e nem se lhe reconhece o direito à autodeterminação (Ribeiro, 2010).

A norma TOD, tal qual está a ser aplicada e relatada na ótica dos utentes, é vista simplesmente como um mecanismo gerador de eficiência, limitando no entanto a capacidade de exercício de direitos das pessoas a participar no seu tratamento. Esta norma é vista simplesmente como um mecanismo gerador de eficiência, limitando no entanto a capacidade de exercício de direitos das pessoas em tratamento, ao circunscrever a promoção o autocuidado visando “seres humanos” e não apenas utentes.

Podemos estar no limite de um conflito entre dois valores sociais, que por um lado surge-nos o direito do utente a se responsabilizar pelo seu tratamento e por outro, a importância que a OMS atribui à aplicação da norma da TOD?

A posição adotada pela OMS resulta certamente, da ponderação do risco que representa para a saúde pública em geral, do grau de contagiosidade da doença, e do risco do incumprimento do tratamento prescrito, já que está em causa um “*bem maior*” que é a saúde de todas as pessoas que contactam com doentes com tuberculose, tanto mais que a falta de vigilância da administração da medicação necessária ao tratamento, no limite, pode tornar-se de facto num risco para a Saúde Pública.

Esta visão ganha consistência com a categoria Envolvimento do Utente no Tratamento. Surge assim, a opinião voltada para a capacidade do utente ser capaz de se responsabilizar pelo seu tratamento e participar no seu projeto de saúde (OMS, 2003) “(...) *confiar no doente e responsabiliza-los, também é tratamento (E5)*”.

Assiste-se aqui à carência efetiva do envolvimento e parceria do utente, no seu próprio tratamento, o que reforça, ainda mais, a visão redutora do papel do utente. Deparamo-nos com o do preconizado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) de onde se pode concluir que os cidadãos, enquanto utentes, devem ter um papel ativo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres. Mais uma vez se evidencia o esforço adicional relacionado com o dispêndio económico, motivado pelas deslocações diárias à unidade para tomar a medicação, podendo representar um esforço acessório e muito representativo na vida económica do utente.

Confrontamo-nos também com a terminologia técnica, referida na Categoria Recomendação/Aconselhamento, que por vezes os profissionais utilizam, dificultando a

apreensão das recomendações por parte dos utentes. Recorde-se o grau de literacia dos utentes deste estudo em que 40% da amostra concluiu o primeiro, o segundo e o terceiro ciclos do ensino básico, 5,4% não sabe ler nem escrever e 6,3% só sabe ler e escrever.

6. Síntese Conclusiva

Nos últimos anos a investigação adquiriu um protagonismo de extrema relevância. Numa reflexão mais profunda sobre este conceito, identifica-se que a investigação está presente em todos os domínios da vida das pessoas e das organizações. O seu papel centra-se na responsabilidade em sustentar, desenvolver e expandir uma base de conhecimento teórico sobre o qual se alicerça a prática.

Transpondo este conceito para a área da Qualidade em bens ou serviços, podemos dizer que tudo o que leva o rótulo de “*comprovado cientificamente*” lhe confere uma credibilidade adicional, conseguindo desta forma maior aceitação e satisfação do público consumidor.

Com o intuito de satisfazer as necessidades de uma população, que se evidencia cada vez mais exigente, muito concretamente os utilizadores dos serviços de saúde, torna-se fundamental e importante a procura da melhor evidência disponível para o desenvolvimento da prática profissional.

Acreditando que o cidadão é o elemento mais importante nos cuidados de saúde, a sua satisfação apresenta-se como uma componente chave, na avaliação da sua perceção sobre a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

No contexto atual da organização dos cuidados, cada vez mais o utente aparece-nos como um ator que quer participar no seu projeto de saúde. Também é certo que nunca poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito. Por conseguinte, assiste-se a uma crescente valorização do papel desempenhado pelos utentes, na definição da qualidade dos cuidados de saúde (Escoval e Nicolau, 2010), pelo que é importante conhecer o que pensam e o que sentem esses utilizadores.

Assente nestes pressupostos, considerando o tempo de toma de medicação (cerca de seis ou mais meses) que é exigido aos utentes para se conseguir a cura da TB e tendo em atenção toda a problemática quer física, quer psíquica e mesmo social que circunscreve este cenário, tornou-se importante conhecer os aspetos essenciais e necessários para manter estes utentes com um nível de satisfação elevado.

Assim, com vista a dar resposta à principal questão de investigação “Qual é a

perceção dos utentes de um Centro de Diagnóstico Pneumológico sobre a Qualidade dos cuidados”, elaborou-se o presente estudo, sustentado numa abordagem quantitativa e qualitativa.

Para a concretização deste estudo, foram planeados momentos diferentes. Um primeiro momento que foi dedicado a uma revisão da literatura e que incidiu sobre as principais temáticas aqui abordadas. Efetuou-se também uma análise a alguns instrumentos utilizados para avaliar esta temática, tendo-se optado pela utilização do questionário EUROPEP e pela entrevista semiestruturada. Estes dois instrumentos foram considerados os que melhor se adequavam aos objetivos do estudo.

Os resultados deste estudo foram obtidos de uma amostra de 112 participantes, maioritariamente do género masculino (67,9%). Globalmente, as opiniões (70,9%) situaram-se num intervalo entre o «Muito Bom» e o «Excelente». Da análise dos discursos das entrevistas e da questão aberta do questionário emergiram as Dimensões Material, Organizacional, Relacional, Continuidade de Cuidados e Técnica.

Analisando o trabalho desenvolvido, pode considerar-se que foram atingidos os objetivos inicialmente traçados, considerando em simultâneo os recursos disponíveis.

Refletindo sobre a problemática abordada, de facto, esta reveste-se de enorme interesse, quer para o utente enquanto consumidor de cuidados, quer para a organização enquanto prestadora desses mesmos cuidados, quer para os gestores, enquanto responsável por garantir meios e recursos, que se mostram cada vez mais escassos.

Apesar de termos verificado uma percentagem significativa de resposta, classificadas num nível “Muito Bom”, o expectável seria conseguir e manter um nível de satisfação «Excelente». Acredita-se que desta forma se potencializaria a adesão do utente ao regime de tratamentos. Permanece no entanto a dúvida e a incerteza, seria efetivamente assim? Mais estudos seriam necessários e preferencialmente com uma amostra mais representativa para se garantir que todos os aspetos da população estavam representados, permitindo uma generalização dos resultados.

No entanto, permanece incerta a resposta sobre o que seria expectável o serviço oferecer, para se conseguir um nível “Excelente”. Quais serão os fatores mais determinantes da satisfação dos utentes? O que levará o utente a ficar mais ou menos satisfeito com a prestação de determinado serviço? Estas questões evidenciaram-se de facto muito importantes pelo que se considera oportuno propor-se que esta área seja explorada em trabalhos de investigação futuros.

Considera-se oportuno refletir também sobre o que Ferreira (2000) questiona: se

efetivamente os cidadãos querem envolver-se no processo dos cuidados.

Quaisquer que sejam o entendimento sobre esta temática, as vantagens de envolver os cidadãos nos vários momentos do processo de produção de cuidados de saúde encontram-se descritas na literatura e englobam: a melhoria das decisões; o aumento da aceitabilidade das decisões; a melhoria da comunicação; o reequilíbrio entre a oferta e a procura; a valorização da responsabilidade e autonomia do cidadão; a contribuição para a definição de prioridades; políticas de saúde e legitimidade das decisões sobre questões complexas referentes à avaliação custo-efetividade de determinadas intervenções, bem como aos dilemas éticos colocados pelas inovações tecnológicas (Ferreira, Antunes e Portugal, 2010; Serapioni, 2010).

No decorrer da realização deste estudo, surgiram várias dificuldades nomeadamente, no que se relaciona com a capacidade de síntese e organização da informação analisada. A esquematização dos resultados que se obtiveram também foi uma etapa com um considerável peso de dificuldade sentida. Por último, falta referir a dificuldade encontrada na realização do processo estatístico dos dados.

Relativamente à metodologia que foi utilizada, a mesma revelou-se vantajosa, apesar de se considerar o questionário muito circunscrito a aspetos da área médica.

Reconhece-se que o factor tempo e a inexperiência do investigador limitaram a abrangência deste estudo. No entanto, este pode servir de base, para estudos futuros. Regista-se ainda a agradável impressão de se ter conseguido chegar ao fim, melhor dizendo, objetivo atingido. Ficou no entanto a sensação de que ainda há muito para fazer, muito que investigar, se considerarmos a complexidade que envolve o conceito de qualidade nos serviços em saúde e a sua relação com a satisfação dos utentes, sendo estes cada vez mais informados e seletivos.

Salienta-se, por último, que o presente trabalho se construiu entre avanços e retrocessos que, apesar de terem dificultado a progressão do mesmo, não foram obstáculo. Não sendo o processo de investigação um processo linear, consideraram-se estes obstáculos como parte integrante do mesmo.

7. BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE I.P. - Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação os Utentes nos Hospitais do SNS [Em linha]. (2009), consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://www.observaport.org/>.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (ARS) DO NORTE, I.P. - Portal Institucional [Em linha]. Consultado em 15 de setembro de 2013, disponível em <http://www.arsnorte.min-saude.pt/>.

AKTER, M. S., UPAL, M., e HANI, U. - Service Quality Perception and Satisfaction: A Study Over Sub-Urban Public Hospitals in Bangladesh. *Journal of Services Research* [Em linha]. (2008), p. 125-146. Consultado em 02 de janeiro de 2014, disponível em <http://www.questia.com/>.

ALBUQUERQUE, J. D. - Qualidade Hospitalar: Uma Análise de Sua Qualidade em Campina Grande Paraiba Brasil. Badajoz - Espanha: Universidad de Extremadura (2012). Tese de Doutoramento.

ALMEIDA, L., e FREIRE, T. - Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilibrios, (2008). ISBN 9789729738852.

ALRASHDI, I. - Evaluation of Quality of Healthcare: To What Extent Can We Rely on Patient Expectations and Preferences. *Oman Medical Journal* [Em linha]. Vol. 27 (6) (2012), p. 448-449. Consultado em 25 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

ANDÉN, A., ANDERSSON, S.-O., e RUDEBECK, C.-E. - Satisfaction is Not All - Patients' Perceptions of Outcome of General Practice Consultations, A Qualitative Study. *BMC Family Practice* [Em linha]. Vol. 6 (43) (2005). Consultado em 26 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

ANTÓNIO, N., e TEIXEIRA, A. - Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM. Lisboa: Sílabo. (2009). ISBN 9726184478.

ARAKAWA, A. M., [et al.] - Percepção dos Usuários do SUS: Expectativa e Satisfação do Atendimento na Estratégia de Saúde da Família. Revista CEFAC [Em linha]. Vol. 14 (6) (2012), p. 1108-1114. Consultado em 15 de setembro de 2013, disponível em <http://www.scielo.br/>.

ARAÚJO, C., FIGUEIREDO, K., e FARIA, M. - Qualidade em Serviços de Saúde. Qualit@s Revista Eletrônica [Em linha]. Vol. 9 (1) (2009). Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://revista.uepb.edu.br/>.

AVIS, M., BOND, M., e ARTHUR, A. - Satisfying Slutions? A Review of Some Unresolved Issues in the Measurement of Patient Satisfaction. Journal of Advanced Nursing. Vol. 22 (1995), p. 316-322.

BABAKUS, E., e MANGOLD, W. G. - Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. HealthSciencesResearch[Em linha]. Vol. 26 (6) (1992), p. 767-786. Consultado em 20 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

BALLARD, D. J., SPREADBURY, B., e HOPKINS, R. S. - Health Care Quality Improvement Across the Baylor Health Care System: The First Century. Baylor University Medical Center Proceedings [Em linha]. Vol. 17 (2004), p. 277-288. Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, (2009). ISBN 9789724415062.

BEAUD, J. - A Amostragem. 3.ª ed. Loures: Lusociência, (2003).ISBN 9789728383558.

BEI, L.-T., e CHIAO, Y.-C. - An Integrated Model for the Effects of Perceived Product, Perceived Service Quality, and Perceived Price Fairness on Consumer Satisfaction and Loyalty. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior [Em linha]. Vol. 14 (2001), p. 125-140. Consultado em 10 de agosto de 2013, disponível em <http://ilt.ilstu.edu/>.

BELO, M. T., [et al.]. - Tuberculose e Género em um Município Prioritário no Estado do Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Pneumologia [Em linha]. Vol. 36 (5) (2010). Consultado em 20 de abril de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/>.

BENTO, A. V. - Investigação Quantitativa e Qualitativa: Dicotomia ou Complementaridade? Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira) [Em linha]. Vol. 64 (7) (2012), p. 40-43. Consultado em 26 de setembro de 2013, disponível em <http://www3.uma.pt/>.

BERGEI, F., e GOUVEIA, N. - Retornos Freqüentes como Nova Estratégia para Adesão ao Tratamento de Tuberculose. Revista de Saúde Pública[Em linha]. Vol. 39 (6) (2005), p. 898-905. Consultado em 06 de junho de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/>.

BOGDAN, R., e BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora, (1994).

BOGDAN, R., e BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora, (2013). ISBN 9789720341129.

BORTOLOTTI, S. L. - Resistência à Mudança Organizacional: Medida de Avaliação por Meio da Teoria da Resposta ao Item. Universidade Federal de Santa Catarina, (2010). Tese de Doutorado.

BOSI, M. L., e MERCADO, F. J. - Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis (Brasil): Vozes, (2004). ISBN 9788532629814.

BOWKALOWSKI, C., e BERTOLOZZI, M. R. - Vulnerabilidades em Pacientes com Tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 15 (1) (2010), p. 92-99.

BRUNELLO, M. E., [et al.] - Vínculo Doente-Profissional de Saúde na Atenção a Pacientes com Tuberculose. *Revista Acta Paulista em Enfermagem* [Em linha]. Vol. 22 (2) (2009), p. 176-182. Consultado em 02 de setembro de 2013, disponível em <http://www.scielo.br/>.

CABETE, J., [etal.] - Porque Reclamam os Nossos Doentes? Casuística de uma Consulta de Dermatologia. *Revista Científica da Ordem dos Médicos* [Em linha]. Vol. 25 (5) (2012), p. 265-270. Consultado em 05 de junho de 2014, disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com>.

CAMPOS, L., PORTUGAL, R., e BORGES, M. - A Governação dos Hospitais. Casa das Letras, (2009). ISBN 9789724619309.

CHURCHILL, A., e Surprenant, C. - An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. Vol. 19 (1982), p. 491-504.

CAMPOS, L., SATURNO, P., e CARNEIRO, A. V. - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços: Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, (2010) Consultado 11 Jun. 2014], disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.

CARAPETO, C., e FONSECA, F. - Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação. 2.ª ed. Lisboa: Sílabo, (2006). ISBN 978972618757-8.

CÁRCAMO, C. R. - Calidad Percibida: ¿Ilusión o Percepción? *Revista de Calidad Asistencial* [Em linha]. Vol. 26 (3) (2011), p. 184-187. Consultado em 19 de agosto de 2013, disponível em <http://zl.elsevier.es/>.

CLEARY, P. D., e MCNEIL, B. J. - Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. Vol. 25 (1) (1988), p. 25-36.

CLEARY, P., e EDGMAN-LEVITAN, S. - Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives. *Journal of the American Medical Association* [Em linha]. Vol. 278 (19) (1997) p. 1608-1162. Consultado em 12 de julho de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA - INSTITUT OF MEDICINE - Crossing the Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century [Em linha]. Washington, D.C.: National Academy Press (2001). Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://www.nap.edu/>.

CONDE, M. B., SOUZA, G. M., e KRITSKI, A. L. - Tuberculose Sem Medo [Em linha]. 1.^a ed. São Paulo: Atheneu, (2002). Consultado em 02 de setembro de 2013, disponível em <http://www.redetb.org/a-historia-da-tuberculose>.

CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA - Humanização da Saúde [actas]. InColetânea Bioética Hoje (R. Nunes, e C. Brandão, Edits.). Vol. 13 (2007), p. 111-150.

CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos [Em linha]. (2001). Consultado 15 de fevereiro de 2014, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

CRONIN, J., e TAYLOR, S. - Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. Vol. 56 (3) (1992), p. 55-68.

CROW, R., [et al.] - The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*. Vol. 6 (32) (2002), p. 1-244.

CRUZ, W. B., e MELLEIRO, M. M. - Análise da Satisfação dos Usuários de um Hospital Privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. (2010), p. 147-153. Consultado em 26 de outubro de 2013, disponível em <http://www.scielo.br/>.

DIAS, O., RAMOS, L., e COSTA, M. - Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-univerSUS* [Em linha]. Vol. 1 (1) (2010), p. 11-26. Consultado em 04 de janeiro de 2014, disponível em <http://www.uss.br/>.

DIAS, S. R. - *Gestão de Marketing*. São Paulo: Saraiva, (2003). ISBN 9788502104174.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços: Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. (2010). Consultado em 20 de dezembro de 2013, disponível em <http://pns.dgs.pt/>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho (Dados Provisórios) [Em linha]. (2013). Consultado em 02 de setembro de 2013, disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Departamento da Qualidade em Saúde. Portal Institucional [Em linha]. Consultado em 30 maio de 2014: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.

DONABEDIAN A., e W. J. - Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*. Vol. 20 (10) (1982), p. 975-992.

DONABEDIAN, A. - Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 260 (12) (1980), p. 23-30.

DONABEDIAN, A. - La calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, (1980). ISBN 9789684350809.

DONABEDIAN, A - The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*. Vol. 260 (1988), p. 1743-1748.

DONABEDIAN, A. - Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio. Volume 10 de Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública (1990). ISBN 789686502121

DUARTE, I. G., e FERREIRA, D. P. - Uso de Indicadores na Gestão de um Centro Cirúrgico. *Revista de Administração em Saúde* [Em linha]. Vol. 8 (31) (2006), p. 63-70. Consultado em 10 de agosto de 2013, disponível em <http://www.cqh.org.br/>.

EIRIZ, V., e FIGUEIREDO, J. A. - Uma abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* [Em linha]. Vol. 3 (4) (2004), p. 20-28. Consultado em 20 de agosto de 2013, disponível em <http://www.spgsaude.pt/>.

ELEUTERIO, S. A., e SOUZA, M. C. - Qualidade na Prestação de Serviços: Uma Avaliação com Clientes Internos. *Caderno de Pesquisas em Administração* [Em linha]. Vol. 9 (3) (2002). Consultado em 18 de agosto de 2013, disponível em <http://www.regeusp.com.br>.

ESCOVAL, A., e NICOLAU, V. - Cidadão e Comunidade: Que Relevância no Processo de Contratualização. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. 9 (2010), p. 95-103. Consultado em 01 de outubro de 2013, disponível em <https://www.ensp.unl.pt/>.

ESPERIDIÃO, M., e TRAD, L. A. - Avaliação de Satisfação de Usuários. Ciência e Saúde Coletiva [Em linha]. (2005), p. 303-312. Consultado em 15 de novembro de 2013, disponível em <http://www.scielo.br/>.

ESPERIDIÃO, M., e TRAD, L. A. - Avaliação de Satisfação de Usuários: Considerações Teórico-conceituais. Cadernos de Saúde Pública [Em linha]. Vol. 22 (6) (2006), p. 1267-1276. Consultado em 21 de março de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/>.

FACHADA, O. - Psicologia das Relações Interpessoais. Lisboa: Rumo, (1992). ISBN 9789726186656.

FERREIRA, L., ANTUNES, P., e PORTUGAL, S. - O Valor dos Cuidados Primários: Perspectiva dos Utilizadores das USF . Lisboa: Ministério da Saúde, (2010).

FERREIRA, P. [et al.] - Determinantes da Satisfação dos Utentes dos Cuidados Primários: O Caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública[Em linha]. Vol. 2 . (2001), p. 53-61. Consultado em 24 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ensp.unl.pt/>.

FERREIRA, P. - Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. Revista Crítica de Ciências [Em linha]. Vol 33 (1991), p. 93-112. Consultado em 20 de novembro de 2013, disponível em <http://www.ces.uc.pt/>.

FERREIRA, P. L. - Avaliação dos Doentes de Cuidados Primários: Enquadramento Conceptual. Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Em linha]. Vol. 16 (1) (2000), p. 53-62. Consultado em 13 de setembro de 2013, disponível em <http://rpmgf.pt/>.

FILHO, G. - O que Fazer da Literatura Sobre a Satisfação do Utente: Uma Proposta para os Serviços. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 8 (2) (1990), p. 59-64.

FORTIN, M. - O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência, (1999). ISBN 978972838310-7.

FORTIN, M. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, (2009). ISBN 978989807518-5.

FREIXO, M. - Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnica. 4.ª ed. Instituto Piaget, (2009). ISBN 9789896591144.

GARVIN, D. A. - What does "Product Quality" Really Mean? Sloan Management Review [Em linha]. Vol. 26 (1) (1984), p. 25-43. Consultado em 11 de julho de 2013, disponível em <http://www.oqrm.org/>.

GARVIN, D. A. - Gerenciando a Qualidade: A Visão Estratégica e Competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, (2002). ISBN 9788585360146.

GHIGLIONE, R., e MATALON, B. - O Inquérito: Teoria e Prática (Tradução Portuguesa) 4.ª ed. Oeiras: Celta Editora, (2001). ISBN 9789727741205.

GIANESI, I. N., e CORRÊA, H. L. - Administração Estratégica de Serviços: Operações para a Satisfação do Cliente. São Paulo: Atlas, (1994). ISBN 9788522411528.

GIARELLI, G. - Le Connessioni Possibili: I Sistemi di Miglioramento Della Qualità. In C. Cipolla, [et al.], Valutare la qualità in sanità. (2002), p. 430-437.

GIL, A. - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4ª ed. São Paulo: Atlas, (1995). ISBN 9788522451425.

GIL, A. - Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5.ª ed. São Paulo: Atlas, (2010). ISBN 8522431698.

GIL, L., e WHITE, L. - A Critical Review of Patient Satisfaction. Leadership in Health Services. Vol. 22 (1) (2009), p. 8-19.

GOMES, J. P. - A Evolução do Conceito de Qualidade: Dos Bens Manufacturados aos Serviços de Informação [Em linha]. (2004). Consultado em 08 de agosto de 2013, disponível em <http://eprints.rclis.org/>.

GOMES, S. R. - Estudando Marketing e Serviços [Em linha]. (S.D.). Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <https://www.agbook.com.br/>.

GONÇALVES, C., ALVES, I., RAMOS, V. - Cidadão e Saúde: da Resposta a Necessidades à Gestão de Expectativas, Incluindo o Papel dos Media [Em linha]. (2010). Consultado em 21 de 2014 de Janeiro, disponível em <http://www.observaport.org/>.

GROENE, O. [et al.]. - Is Patient-centredness in European Hospitals Related to Existing Quality Improvement Strategies? Analysis of a Aross-sectional Survey (MARQuIS study). Qual Saf Health Care [Em linha]. Vol. 18 (2009), p. 44-51. Consultado em 12 de agosto de 2013, disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/>.

GRÖNROOS, C. - An Applied Service Marketing Theory. European Journal of Marketing. Vol. 16 (7) (1982), p. 30 - 41.

GRÖNROOS, C. - Marketing: Gerenciamento e Serviços - A Competição por Servir na Hora da Verdade. Rio de Janeiro: Campus, (1995). ISBN 9788570019479.

HAIR, J., Jr. [etal.] - Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração. Porto Alegre: Bookman, (2005). ISBN 9788536304496.

HAWTHORNE, G., [et al.] - Measuring Patient Satisfaction with Incontinence Treatment. University of Wollongong and the Department of Psychiatry, University of Melbourne. Australia: Centre for Health Service Development, University of Melbourne [Em linha]. (2006). Consultado em 14 de dezembro de 2013, disponível em <http://www.health.gov.au/>.

HEIDEGGER, T., SAAL, D., E NUEBLING, M. - Patient Satisfaction with Anaesthesia Care: What is Patient Satisfaction, How Should it Be Measured, and What is the Evidence for Assuring High Patient Satisfaction. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. Vol. 20 (2) (2006), p. 331-346.

HESBEEN, W. - Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar. Loures: Lusociência, (2001). ISBN 978972838320-6.

HESPANHOL, A., VIEIRA, A, e PEREIRA, A. C- Monitorização da Satisfação dos Utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 24 (3) (2008), p. 363-372.

HICKS, C. - Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos- Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. Loures: Lusociência, (2006). ISBN 978972893019-6.

HUNT, H. K. - Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction. Cambridge, USA: Marketing Science Institute, (1977).

IBAÑEZ, N., [et al.] - Avaliação do Desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva[Em linha]. Vol. 11 (3) (2006), p. 683-703. Consultado em 20 de janeiro de 2014, disponível em <http://www.scielo.br/>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Portal Institucional [Em linha]. Consultado em 11 de outubro de 2013, disponível em <http://www.pordata.pt/municipios>.

JACKSON, J., CHAMBERLIN, J., e KROENKE, K.- Predictors of Patient Satisfaction. Social Science e Medicine [Em linha]. Vol. 52 (4) (2001), p. 609-620. Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

JONHSTON, R. - The Determinants of Service Quality: Satisfiers and Dissatisfiers. International Journal of Service Industry Management. Vol. 6 (5) (1995), p. 53-71.

JUSTO, C. – Acesso aos Cuidados de Saúde: O Caso das Listas de Espera em Cirurgia. Observatório dos Sistemas de Saúde [Em linha]. (2003). Consultado em 04 de abril de 2014, disponível em Observatório dos Sistemas de Saúde: <http://www.observaport.org/>.

LAGE, L. - Qualidade e Satisfação nos Serviços Públicos: O Caso de uma Empresa Municipal - EMARVR. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes (2008), [Em linha]. Tese de Mestrado. Consultado em 25 de agosto de 2013, disponível em <http://repositorio.utad.pt>.

LARA, S. B. - Marketing e Vendas na Hotelaria. São Paulo: Futura, (2001). ISBN 8574130737.

LAS CASAS, A. L. - Qualidade Total em Serviços Conceitos, Exercícios, Casos Práticos. 3.ª ed. São Paulo: Atlas, (1999). ISBN 9788522442737.

LAS CASAS, A. L. - Marketing de Serviços. São Paulo: Atlas, (2002). ISBN 8522469229.

LIEN-TI, B., e CHIAO, Y.-C. - An Integrated Model for the Effects of Perceived Product, Perceived Service Quality, and Perceived Price Fairness on Consumer Satisfaction and Loyalty. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior [Em linha]. Vol. 14 (2001), p. 125-140. Consultado em 10 de agosto de 2013, disponível em <http://ilt.ilstu.edu/>.

LOPES FERREIRA, P. A., e PORTUGAL, S. - O Valor dos Cuidados Primários: Perspetiva dos Utilizadores das USF. Lisboa: Ministério da Saúde, (2010).

LOURENÇO, O. M. - Unveiling Health Care Consumption Groups: a Latent Class Approach in the Portuguese Health Data Context. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, (2007). Tese de doutoramento.

LOVELOCK, C. H., e WIRTZ, J. - Services Marketing: People, Technology, Strategy. USA: Pearson/Prentice Hall, (2004). ISBN 0136107214.

MACHADO, J. A., e ROTONDARO, R. G. - Mensuração da Qualidade de Serviços: Um Estudo de Caso na Indústria de Serviços Bancários. Gestão e Produção [Em linha]. Vol. 10 (2) (2003), p. 217-230. Consultado em 08 de agosto de 2013, disponível em <http://www.scielo.br/>.

MARQUEZINE, M. C., ALMEIDA, A. M., e OMOTE, S. - Colóquios sobre Pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, (2003). ISBN 857216381.

MCDANIEL, C., e GATES, R. - Pesquisa de Marketing. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, (2003). ISBN 8522102880.

MELLEIRO, M., e TRONCHIN, D. - Percepção de Acompanhantes-usuários e Enfermeiros Sobre Qualidade Assistencial em Unidades Pediátricas. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. Vol. 23 (5), (2010). Consultado em 20 de agosto de 2013, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500010>.

MELO, R. C. - Avaliação da Qualidade dos Cuidados. Perspetiva do Utente. Sinais Vitais. Vol. 4 (2001), p. 29-32.

MEZOMO, J. C. - Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos. Brasil: Edições Manole, (2001). ISBN 9788520412633.

MIGUEL, L. - Modelos e Gestão nos Cuidados de Saúde Primários. Em J. Simões, 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Coimbra: Almedina, (2010). ISBN 9789724041100.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde. Lisboa, (2007).

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS -Agrupamento de Centro de Saúde - Unidade de Recursos Assitenciais Patilhados [Em linha]. (2008). Consultado em 25 de agosto de 2013, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - SECRETARIA DE ESTADOS DOS ASSUNTOS FISCAIS - Relatório do Grupo para o Estudo da Política Fiscal: Competitividade, Eficiência e Justiça do Sistema Fiscal [Em linha]. (2009). Consultado em 15 de julho de 2013, disponível em <http://info.portaldasfinancas.gov.pt>.

MISHIMA, S. M., [et al.] - A Assistência na Saúde da Família sob a Perspectiva dos Usuários. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 18 (3) (2010), p. 148-155.

MØLLER, C., e BARLOW, J. - Reclamação de Cliente? Não Tem Melhor Presente... Usando Feedback do Cliente Como Uma Ferramenta Estratégica. São Paulo: Futura, (1996). ISBN 858553601-2.

MOMANI, M. A., e KORASHY, H. A. - Patient Experience of Nursing Quality in a Teaching Hospital in Saudi Arabia. Iranian Journal of Public Health [Em linha]. Vol. 41 (8) (2012), p. 42-49. Consultado em 30 de agosto de 2013, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

NETO, A., [et al.] - Grau de Satisfação do Utente Relativamente ao Acolhimento Proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência. Servir. Vol. 51 (5) (2003), p. 214-227.

NEVES, A. - Gestão na Administração Pública. 1ª ed. Cascais: Pergaminho, (2002). ISBN 9789727113767.

O'CONNOR, S., e SHEWCHUK, R. - Commentary - Patient Satisfaction: What is the Point? Health Care Management Review. Vol. 28 (1) (2003), p. 21-24.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - Desafios e Oportunidades em Tempos de Crise[Em linha]. (2011). Consultado em 10 de setembro de 2013, disponível em http://fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). - Relatório primavera 2013 - Duas Faces da Saúde[Em linha]. (2013). Consultado em 10 de agosto de 2013, disponível em <http://www.esesjd.uevora.pt>.

ONWUEGBUZIE, J. L. - Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures. The Qualitative Report [Em linha]. Vol. 11 (3) (2006), p. 474-498. Consultado em 2 de setembro de 2013, disponível em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/onwuegbuzie.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação - Relatório Mundial. Brasília. [Em linha]. (2003). Consultado em 10 de agosto de 2013, disponível em <http://www.saude.es.gov.br>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Quality of Care. A Process for Making Strategic Choices in Health Systems [Em linha]. Genebra: Who, (2006). Consultado em 03 de novembro de 2013, disponível em <http://www.who.int/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Global tuberculosis control 2008: Surveillance, Planning, Financing [Em linha]. Genebra: WHO Report, (2008) (a). Consultado em 10 de setembro de 2013, disponível em <http://www.unaids.org/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - World Health Statistics [Em linha]. Who: Genebra, (2008) (b). Consultado em 03 de novembro de 2013, disponível em <http://www.who.int/>.

PALADINI, E. P. - Qualidade Total na Prática. São Paulo: Atlas, (1994). ISBN 97885 224711 57.

ALHA, P., [et al.] - Acesso aos Serviços de Atenção à Tuberculose: Análise da Satisfação dos Doentes. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [Em linha]. Vol. 46 (2) (2012), p. 342-348. Consultado em 30 de janeiro de 2014, disponível em <http://www.revistas.usp.br>.

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY - SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing. (1988), p. 12-40.

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY - Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing [Em linha]. Vol. 67 (4) (1991), p. 420-450. Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://areas.kenan-flagler.unc.edu>.

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY - Reassessment of Expectations as a Comparison Standards in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. Journal of Marketing[Em linha]. Vol. 58 (2) (1994), p. 111-124.

PAULO, G. - Satisfação dos Profissionais de Saúde – Avaliação em Dois Modelos de Gestão Hospitalar. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, (2003). Tese de Mestrado.

PEREIRA, Á. S. - Portugal na Hora da Verdade. Lisboa: Grádiva, (2011). ISBN 978989616413-3.

PEREIRA, E. A. - Qualidade Percebida dos Serviços Prestados por Uma Cooperativa de Crédito Rural. Minas Gerais (Brasil): Universidade Federal de Lavras, (2008), [Em linha]. Tese de Mestrado. Consultado em 01 de agosto de 2013, disponível em <http://bdt.d.ufba.br>.

PESTANA, M. H., e GAGEIRO, J. N. - Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS. 4.ª ed. Lisboa: Sílabo, (2005). ISBN 978972618498-0.

PINTO, C. M. - Fundamentos de Gestão. 3.ª ed. Lisboa: Editorial Presença, (2010). ISBN 9789722336543.

PINTO, R. Carvalho - Excelência em Serviços: O Valor. Revista de Ciências Gerenciais[Em linha]. Vol. 10 (12) (2006), p. 58-72. Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://sare.anhanguera.com>.

PIRES, A. R. - Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade. 3.ª ed. Lisboa: Sílabo, (2004). ISBN 972618-332972.

PIRES, A. R. - Qualidade-Sistemas de Gestão da Qualidade. Lisboa: Silabo, (2007). ISBN 9789726186632.

PISCO, L. - Perspetivas Sobre a Qualidade na Saúde. Qualidade em Saúde. Vol. 1 (5) (2001), p. 4-6.

PISCO, L. - Qualidade Organizacional em Análise. Qualidade em Saúde(Edição Especial) (2005), p. 13-18.

PISCO, L. - Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. Paper apresentado na Conferência "Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de Saúde. Viseu: (2007).

PISCO, L., e BISCAIA, J. - Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 2 (2001), p. 43-51.

POLIT, D., e HUNGLER, P. - Investigacion Científica en Ciencias de la Salud. 6.ª ed. Madrid: Mcgraw-Hill, (2000). ISBN 9789701026908.

POLIT, D., BECK, T., e HUNGLER, P. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 5.ª ed. Porto Alegre: Artemed, (2004). ISBN 9798573079844.

POLIZER, R., e D'INNOCENZO, M. - Satisfação do Cliente na Avaliação da Assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59 (4) (2006), p. 548-551.

RAMSARAN, F. R. - Identifying Health Care Quality Attributes. Journal of Health and Human Services Administration. Vol. 27 (4) (2005), p. 428-443.

RAO, S. S., SOLIS, L. E., e RAGHUNATHAN, T. S. - A Framework for International Quality Management Research: Development and Validation of a Measurement Instrument. Total Quality Management. Vol. 10 (7) (1999), p. 1047-1075.

REGO, G. - Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde. 2.ª ed. Porto: Vida Económica, (2008). ISBN 9789727884254.

RIBEIRO, J. - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3.ª ed. Porto: Livraria da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, (2010). ISBN 9789898148469.

RIBEIRO, O. P., [et al.] - Qualidade dos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Viseu. (2008). Consultado em 23 de agosto de 2013, disponível em <http://repositorio.ipv.pt>.

ROCHA, J. A. - Gestão Pública e Modernização Administrativa. Oeiras: INA - Instituto Nacional De Administração, (2001). ISBN 9789898096265.

ROCHA, J. O. - Gestão da Qualidade - Aplicação aos Serviços Públicos. Lisboa: Escolar Editora, (2010). ISBN 9789725922408.

ROSEMBERG, J. Tuberculose - Aspetos Históricos, Realidades, Seu Romantismo e Transculturação. Boletim de Pneumologia Sanitária. Vol. 7 (2) (1999).

SALE, D., [et al.] - Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, (2000). ISBN 9789729745768.

SANTANA, S. - Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality. Social Policy e Administration. Vol. 44 (4) (2010), p. 512-528.

SANTOS, G. M. - Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, (2009), [Em linha]. Tese de Mestrado. Consultado em 15 de julho de 2013, disponível em <http://repositorio.utad.pt>.

SARAIVA, M., e A., T. - A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar. TQM – Qualidade. Vol. 1 (2009), p. 222-235.

SCOTT, D. - Satisfação do Cliente: A Outra Parte do Seu Trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark, (2000). ISBN 9788585360962.

SEMENIK, R. J., e BAMOSSY, G. J. - Princípios de Marketing: Uma Perspetiva Global. São Paulo: Makron Books, (1995). ISBN 9788534605021

SERAPIONI, M. - Avaliação da Qualidade em Saúde. Reflexões Teóricas Metodológicas para uma Abordagem Multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais[Em linha]. Vol. 85 (2009), p. 65-82. Consultado em 15 de julho de 2013, disponível em <http://www.ces.uc.pt>.

SERAPIONI, M., FERREIRA, P. L., e ANTUNES, P. - Participação em Saúde: Conceitos e Conteúdos. Think Tank - Saúde e Cidadãos. Sesimbra, (2010).

SERRANO, G. - Investigación Cualitativa I: Retos e Interrogantes: Métodos. Madrid: La Muralla, (2004). ISBN 9788471336286.

SHARMA, A., SICILIANI, L., e HARRIS, A. - Waiting times and socioeconomic status: does sample selection matter? Health, Econometrics and Data Group Working Paper 11/22. University of York [Em linha]. (2011). Consultado em 15 de março de 2014, disponível em http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/11_22.pdf.

SLACK, N., [et al.] - Administração da Produção. São Paulo: Atlas, (1997). ISBN 8522453535.

SMELTZER, S., e BARE, B. - Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10.^a ed. Guanabara, (2005). ISBN 9788527718394

SOCIEDADE BENEFICENTE CLEMENTE FERREIRA - Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde - Epidemiologia, Quadro clínico e Diagnóstico da Tuberculose [Em linha]. (S.D.). Consultado em 02 de setembro de 2013, disponível em <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/>.

SOLEIMANPOUR, H., [et al.] - Emergency Department Patient Satisfaction Survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. International Journal of Emergency Medicine [Em linha]. Vol. 4 (2) (2011). Consultado em 28 de agosto de 2013, disponível em <http://www.intjem.com/>.

SONTAG, S. - A Doença Como Metáfora: AIDS e suas Metáforas. (R. Figueiredo, e P. Britto, Trans.) São Paulo: Companhia das Letras, (2007). ISBN 9788535909982.

SOUSA, M., PEIXOTO, J., e MARTINS, T. - Satisfação do Doente Diabético com os Cuidados de Enfermagem: Influência na Adesão ao Regime Terapêutico. Revista Referência[Em linha]. Vol. 2 (8) (2008), p. 59-67. Fonte: <https://www.esenfc.pt>.

SOUSA, P., [et al.] - Avaliação da Qualidade em Saúde: A Importância do Ajustamento pelo Risco na Análise de Resultados na Doença Coronária. Revista Portuguesa de Saúde Pública[Em linha]. Vol. 7 (2008), p. 57-65. Consultado em 15 de agosto de 2013, disponível em <http://www.academia.edu>.

STAKE, R. E. - Investigación Com Estúdio de Casos. Madrid: Morata, (1998). ISBN 9788471124227.

STREUBERT, H., e CARPENTER, D. – A Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista. 2.^a ed. Loures: Lusociência, (2002). ISBN 978989807534-5.

TANAKA, O. Y., e MELO, C. - Reflexões Sobre a Avaliação em Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa. Em M. F. Bosi MLM, Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes, (2004).

TUCKMAN, B. W. - Manual de Investigação em Educação. 3.^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, (2005). ISBN 8532629814.

VALTSMAN, J., e ANDRADE, G. - Satisfação e Responsividade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10 (3) (2005), p. 599-613.

VAN STRALEN, C. J., [et al.] - Percepção dos Usuários e Profissionais de Saúde Sobre a Atenção Básica: Comparação Entre Unidades com e sem Saúde da Família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde. Vol. 24 (S1), (2008), p. 148-158.

VERMA, D., e SOBTI, R. - Patients' Perception of Medical Services. Journal of Services Research. Vol. 2 (1) (2002), p. 123-135.

VILARES, M. J., e SIMÕES, P. - Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologias de Avaliação, Gestão e Análise. Lisboa: Escolar Editora, (2005). ISBN 9789725923160.

VILELAS, J. - Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento. Edições Silabo, (2009). ISBN 9789726185574.

VINAGRE, M., e NEVES, J. - The Influence of Service Quality and Patients' Emotions on Satisfaction. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 21 (1) (2008), p. 87-103.

VUORI, H. - A Qualidade da Saúde. Cadernos de Ciência e Tecnologia. Vol. 3 (1991), p. 17-24.

WILLIAMS, B. - Patient Satisfaction: A Valid Concept? Social Science e Medicine. Vol. 38 (4) (1994), p. 509-516.

YANAI, H., [et al.] - Patient Satisfaction With Endoscopy Measurement and Assessment. Digestive Diseases. Vol. 26 (1) (2008), p. 75-79.

ZEITHAML, V. - Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. London: Collier Macmillan, (1990). ISBN 978-1439167281.

ZEITHAML, V. , e BITNER, M. J. - Marketing de Serviços: A Empresa Com Foco No Cliente. Porto Alegre: Bookman, (2003). ISBN 9788577808465.

ZEMKE, R., e SCHAAF, D. - A Nova Estratégia do Marketing: Atendimento ao Cliente. São Paulo: Harbra, (1991). ISBN 852940198-0.

8. LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto , aprova a Lei de Bases da Saúde;
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, cria os ACeS;
- Despacho do Ministério da Saúde n.º13793/2009, de 16 de junho, cria o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde;
- Despacho do Ministério da Saúde n.º 14223/2009, de 24 de junho, aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;

ANEXOS

ANEXO I. Questionário EUROPEP



A sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico

Acreditamos que o Cidadão é o elemento mais importante nos cuidados de saúde. Queremos ter em conta a sua opinião. Por isso, pedimos-lhe que, face à qualidade dos cuidados que lhe foram prestados, responda a este questionário.

A informação que nos fornecer será confidencial.

Em cada pergunta, assinale com um a resposta que considera mais adequada.

Muito obrigado pela sua colaboração.






1. Esta é a sua primeira consulta neste Centro de Diagnóstico Pneumológico? 1 Sim 2 Não

Se **NÃO**, quantas mais vezes veio nos últimos 12 meses? _____




Que avaliação faz do seu médico nos últimos 12 meses em relação a:

	Excelente				Mau	Não se aplica
2. Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Interesse mostrado pela sua situação pessoal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Forma como o médico o/a ouviu	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Confidencialidade da informação sobre o seu processo	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Que avaliação faz do seu médico nos últimos 12 meses em relação a:

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
10. <i>Atenção dispensada aos seus problemas</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. <i>Exame clínico feito pelo médico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. <i>Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, pedidos de exames e vacinas)</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. <i>Explicação sobre os medicamentos, tratamentos e exames prescritos</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. <i>Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. <i>Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. <i>Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. <i>Conhecimento sobre o que foi feito e dito em anteriores contactos neste Centro de Diagnóstico Pneumológico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. <i>Preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares, de outros especialistas ou outros prestadores de cuidados</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6






Que avaliação faz deste Centro de Diagnóstico Pneumológico nos últimos 12 meses em relação a:

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
19. <i>Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. <i>As explicações dadas pelos enfermeiros sobre os procedimentos e cuidados executados</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. <i>O tempo que lhe foi dedicado no atendimento administrativo</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
22. <i>A forma como foi esclarecido/a quando solicitou uma informação ao Secretariado Clínico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
23. <i>A competência, cortesia e carinho do pessoal médico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
24. <i>A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
25. <i>A competência, cortesia e carinho do pessoal do Secretariado Clínico</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Que avaliação faz deste Centro de Diagnóstico Pneumológico nos últimos 12 meses em relação a:

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
26. Apoio, em geral, que recebeu do pessoal deste Centro de Diagnóstico Pneumológico, além dos médicos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
27. Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha neste Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
28. Possibilidade de falar pelo telefone para este Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
29. Possibilidade de falar pelo telefone com o seu médico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
30. O horário de atendimento deste Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
31. Tempo que esperou na sala de espera	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
32. O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
33. A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
34. A rapidez com que os problemas urgentes de saúde foram resolvidos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
35. O conforto geral deste Centro de Diagnóstico Pneumológico (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
36. A limpeza das instalações deste Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
37. Os serviços ao domicílio fornecidos por este Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
38. A organização geral dos serviços oferecidos por este Centro de Diagnóstico Pneumológico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Dê-nos agora, por favor, o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações:

	 Concordo muito	 Concordo	 Discordo	 Discordo muito	 Não sei
39. Este Centro de Diagnóstico Pneumológico responde às necessidades dos utilizadores (por exemplo, de crianças, idosos e portadores de deficiência).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Recomendo fortemente este Centro de Diagnóstico Pneumológico aos meus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41. Não vejo qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

42. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por este Centro de Diagnóstico Pneumológico?

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

43. Qual é o seu sexo? ₁ Feminino ₂ Masculino

44. Qual é a sua idade? _____ anos

45. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a com registo
- ₂ Em união de facto
- ₃ Solteiro/a
- ₄ Viúvo/a
- ₅ Divorciado/a
- ₆ Separado/a

46. Qual a sua situação profissional

- ₁ Ativo. Qual a profissão? _____
- ₂ Reformado/Aposentado
- ₃ Desempregado
- ₄ Estudante
- ₅ Outra. Qual? _____

47. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
- ₂ Só sabe ler e escrever
- ₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₇ Ensino Médio
- ₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

MUITO OBRIGADO POR NOS TER AJUDADO A PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

**ANEXO II. Autorização do Autor, para utilização do Questionário
EUROPEP**



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 22 de Julho de 2014

Ex.ma Senhora Enf^a Isabel Pereira da Silva

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão 3 do instrumento de medição da satisfação Europep CDP adaptado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico do ACeS Barcelos/Esposende, no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

ANEXO III. Guião da Entrevista Semiestruturada

Primeira Parte

<p>Entrevista n.º _____ 1-º Momento</p>	<p>Data: ___/___/___</p>	<p>Local: Centro Diagnostico Pneumológico do ACES Cavado III Barcelos/Esposende</p>
<p>Objetivo:</p> <p>Formalizar o pedido de colaboração dos utentes para participarem no estudo, através do pedido de consentimento informado.</p>		
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação pessoal; ➤ Apresentação do estudo: objetivos, finalidade, motivo da realização das entrevistas e local onde as mesmas ocorrerão; ➤ Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida; ➤ Entrega do documento escrito formal do pedido de consentimento informado, caso se tenha verificado a aceitação dos participantes, e respetiva assinatura do documento; ➤ Preenchimento de ficha de identificação com os dados sócio demográficos. 		

Segunda Parte

Entrevista nº _____ 2º Momento	Data: ____/____/____	Hora de Início: Hora de Fim:
<p>Identificação codificada das participantes:</p> <p>_____</p> <p>Objetivos Específicos da Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Descrever as principais expectativas dos utentes, com os cuidados oferecidos no CDP;➤ Colher opinião dos utentes relativamente aos aspetos que consideram terem sido mais positivos, nos contactos com o CDP;➤ Colher opinião dos utentes relativamente aos aspetos que consideram terem sido mais negativos, nos contactos com o CDP. <p>Entrevista orientada por duas questões:</p> <p>“Gostaria que me contasse como foi a sua experiência no que se refere ao atendimento que esperava ter neste Centro de Diagnostico Pneumológico e o atendimento que efetivamente recebeu ”;</p> <p>“Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por este Centro de Diagnostico Pneumológico”</p>		

**ANEXO IV. Parecer Favorável Emitido pela Comissão de Ética da ARS
Norte, I.P.**

ANEXO V. Parecer favorável do Senhor Diretor Executivo do ACeS

Anexo IV. Parecer do Sr. Diretor Executivo do ACes

**ANEXO VI. Consentimento Informado para participação no
Questionário**

Anexo VI. Consentimento Informado para Participação no Questionário

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

QUESTIONÁRIO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A perceção dos utentes de um Centro de Diagnóstico Pneumológico sobre a qualidade dos cuidados.

Enquadramento:

A opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, para a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Serapioni, 2009). Neste sentido, procura-se “dar voz ao utente”, proporcionando-lhe a possibilidade de manifestar as suas opiniões relativas aos cuidados, tornando-o num ator participativo. Com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados no Centro de Diagnóstico Pneumológico do ACES Cavado III Barcelos/Esposende propõe-se a realização deste estudo, enquadrado no projeto de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da enfermeira Isabel Silva. Este projeto tem a orientação das Professoras Manuela Teixeira e Maria do Carmo Rocha, ambas Professoras Coordenadoras na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Explicação do estudo:

A sua colaboração consiste em dar a sua opinião, relativamente à qualidade dos cuidados que lhe foram prestados, através do preenchimento de um questionário. Deverá, assinalar com uma cruz (x) em cada pergunta, a resposta cuja expressão da carita considera que mais se adequa à sua opinião.

Na questão onde encontrar um espaço em branco (____), deve emitir a sua opinião, de forma clara e objetiva para que não reste dúvidas sobre a sua intenção. Pode solicitar esclarecimento, se necessitar.

Condições e financiamento:

Os custos associados ao projeto serão suportados pelo investigador. Os participantes que aceitem integrar esta investigação responderão a um questionário disponibilizado após o atendimento médico e /ou de enfermagem, sem custos adicionais associados. A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária. Se decidir não fazer parte desta investigação, o(a) Sr(ª) receberá os mesmos cuidados que recebe até ao momento. Se decidir abandonar esta investigação poderá fazê-lo a qualquer momento. Asseguramos que o(a) Sr(ª) e a sua família receberão sempre os

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXO VII. Consentimento Informado para Participação na Entrevista

Anexo VII. Consentimento Informado para Participação na Entrevista

ANEXO VIII. Recursos Estadísticos

Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna.

	Todos	Mulheres	Homens
INDICADORES-CHAVE EUROPEP	0,93 ^[5]	0,94 ^[5]	0,92 ^[5]
+ Satisfação Global (k=29)	0,93 ^[5]	0,94 ^[5]	0,92 ^[5]
• Relação e comunicação	0,91 ^[5]	0,91 ^[5]	0,90 ^[5]
• Cuidados médicos	0,76 ^[3]	0,83 ^[4]	0,70 ^[3]
• Informação e apoio	0,85 ^[4]	0,85 ^[4]	0,85 ^[4]
• Continuidade e cooperação	0,73 ^[3]	0,73 ^[3]	0,73 ^[3]
• Organização dos serviços	0,66 ^[2]	0,76 ^[3]	0,59 ^[1]
INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS			
+ Satisfação em Áreas Específicas (k=9)	0,66 ^[2]	0,68 ^[2]	0,62 ^[2]
INDICADORES DE SATISFAÇÃO GLOBAL (k=2)	0,80 ^[4]	0,82 ^[4]	0,77 ^[3]

k, é o número de itens

^[1] α -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ($\alpha < 0,60$)

^[2] α -Cronbach com consistência interna *fraca* ($0,60 \leq \alpha < 0,70$)

^[3] α -Cronbach com consistência interna *razoável* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

^[4] α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$)

^[5] α -Cronbach com consistência interna *muito boa* ($0,90 \leq \alpha \leq 1,0$)

Testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors (*D*) e de Shapiro-Wilk (*W*) na verificação da normalidade das distribuições.

Variáveis	Todos (<i>n</i> =112)		Homens (<i>n</i> =76)		Mulheres (<i>n</i> =36)	
	<i>D</i>	<i>p</i>	<i>D</i>	<i>p</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
• Relação e Comunicação	0,108	0,003*	0,108	0,028*	0,949	0,098
- Tempo para cuidar	0,161	<0,001*	0,176	<0,001*	0,902	0,004*
- Humanidade	0,188	<0,001*	0,196	<0,001*	0,903	0,004*
- Envolvimento dos doentes	0,174	<0,001*	0,163	<0,001*	0,919	0,012*
- Confidencialidade do processo	0,288	<0,001*	0,300	<0,001*	0,854	<0,001*
• Cuidados Médicos	0,098	0,010*	0,106	0,033*	0,945	0,075
- Efetividade dos cuidados	0,096	0,012*	0,105	0,038*	0,946	0,079
- Competências/Precisão	0,208	<0,001*	0,203	<0,001*	0,935	0,036*
• Informação e Apoio	0,100	0,008*	0,090	>0,200	0,926	>0,020
- Tipo de informação	0,133	<0,001*	0,134	0,002*	0,941	0,056
- Aconselhamento	0,168	<0,001*	0,160	<0,001*	0,934	0,032*
• Continuidade e cooperação	0,183	<0,001*	0,178	<0,001*	0,943	0,062
- Continuidade	0,280	<0,001*	0,268	<0,001*	0,840	<0,001*
- Cooperação	0,250	<0,001*	0,243	<0,001*	0,830	<0,001*
• Organização dos Serviços	0,131	<0,001*	0,121	0,008*	0,929	0,023*
- Acessibilidade e espera	0,162	<0,001*	0,145	<0,001*	0,915	0,009*
- Apoio do pessoal	0,301	<0,001*	0,301	<0,001*	0,742	<0,001*
• Indicadores de Áreas Específicas	0,157	<0,001*	0,159	<0,001*	0,941	0,053
- Oferta de outros serviços	0,212	<0,001*	0,227	<0,001*	0,933	0,031*
- Resposta	0,290	<0,001*	0,319	<0,001*	0,899	0,003*
- Recursos humanos	0,248	<0,001*	0,254	<0,001*	0,840	<0,001*
- Instalações	0,217	<0,001*	0,237	<0,001*	0,938	0,045*
• Indicadores de Satisfação Global	0,387	<0,001*	0,404	<0,001*	0,745	<0,001*
- Recomendações	0,441	<0,001*	0,452	<0,001*	0,642	<0,001*
- Razões para mudar	0,412	<0,001*	0,412	<0,001*	0,712	<0,001*
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses	0,078	0,092	0,062	>0,200	0,958	0,181
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses	0,110	0,002*	0,095	0,087	0,965	0,310

* Distribuição não-normal ($p < 0,05$)

Teste de Levene (*F*) na verificação da homogeneidade das variâncias.

Variáveis	Teste de Levene	
	<i>F</i>	<i>p</i>
• Relação e Comunicação	0,929	0,337
- Tempo para cuidar	1,005	0,318
- Humanidade	0,133	0,716
- Envolvimento dos doentes	0,055	0,814
- Confidencialidade do processo	0,187	0,666
• Cuidados Médicos	4,325	0,040*
- Efetividade dos cuidados	0,725	0,396
- Competências/Precisão	0,349	0,556
• Informação e Apoio	1,480	0,226
- Tipo de informação	1,231	0,270
- Aconselhamento	0,257	0,613
• Continuidade e cooperação	1,111	0,294
- Continuidade	5,876	0,017*
- Cooperação	0,465	0,497
• Organização dos Serviços	3,243	0,074
- Acessibilidade e espera	2,694	0,104
- Apoio do pessoal	0,003	0,956
• Indicadores de Áreas Específicas	4,336	0,040*
- Oferta de outros serviços	1,991	0,161
- Resposta	15,074	<0,001*
- Recursos humanos	0,477	0,491
- Instalações	3,066	0,083
• Indicadores de Satisfação Global	3,637	0,059
- Recomendações	1,761	0,187
- Razões para mudar	5,696	0,019*
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses	0,961	0,329
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses	5,498	0,021*

* Variâncias não-homogéneas ($p < 0,05$)

Teste *U* Mann-Whitney na comparação entre homens vs mulheres.

Variáveis	Mean Rank		Teste <i>U</i> Mann-Whitney	
	Homens	Mulheres	Z	p
• Relação e Comunicação	58,45	52,38	-0,929	0,353
- Tempo para cuidar	58,39	52,51	-0,917	0,359
- Humanidade	59,50	50,17	-1,476	0,140
- Envolvimento dos doentes	57,40	54,60	-0,438	0,662
- Confidencialidade do processo	56,50	56,50	0,000	1,000
• Cuidados Médicos	58,23	52,85	-0,824	0,410
- Efetividade dos cuidados	58,04	53,25	-0,736	0,462
- Competência/Precisão	58,86	51,51	-1,170	0,242
• Informação e Apoio (⊥)	---	---	-2,124	0,036*
- Tipo de informação	59,64	49,88	-1,511	0,131
- Aconselhamento	60,78	47,47	-2,066	0,039*
• Continuidade e cooperação	59,91	49,29	-1,650	0,099
- Continuidade	60,68	47,68	-2,090	0,037*
- Cooperação	58,25	52,81	-0,873	0,383
• Organização dos Serviços	57,22	54,97	-0,345	0,730
- Acessibilidade e espera	57,64	54,08	-0,549	0,583
- Apoio do pessoal	55,42	58,78	-0,574	0,566
• Indicadores de Áreas Específicas	61,11	46,78	-2,191	0,028*
- Oferta de outros serviços	58,38	52,53	-0,910	0,363
- Resposta	59,97	49,18	-1,710	0,087
- Recursos humanos	59,13	50,94	-1,314	0,189
- Instalações	59,82	49,49	-1,635	0,102
• Indicadores de Satisfação Global	54,39	60,96	-1,269	0,204
- Recomendações	55,62	58,36	-0,582	0,560
- Razões para mudar	54,52	60,68	-1,270	0,204
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses (⊥)	---	---	-1,485	0,140
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses (⊥)	---	---	-1,874	0,064

(⊥) Teste *t* de medidas independentes

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

Teste *H*Kruskal-Wallis na comparação entre 7 classes etárias.

Variáveis	Mean Rank							Teste <i>H</i> Kruskal-Wallis	
	A	B	C	D	E	F	G	χ^2	p
• Relação e Comunicação	64,00	46,29	50,79	65,38	50,31	65,69	61,94	6,296	0,391
- Tempo para cuidar	55,83	50,13	46,31	59,36	58,69	68,08	63,94	6,620	0,357
- Humanidade	72,17	43,38	56,95	63,31	51,83	59,69	55,88	4,532	0,605
- Envolvimento dos doentes	67,83	46,25	50,71	66,98	46,90	64,94	67,31	9,047	0,171
- Confidencialidade do processo	61,33	55,79	52,90	64,60	47,67	59,81	63,31	4,761	0,575
• Cuidados Médicos	79,00	59,04	45,66	62,21	56,57	57,83	65,38	6,095	0,413
- Efetividade dos cuidados	83,83	60,92	49,38	65,21	52,02	52,72	62,81	6,322	0,388
- Competência/Precisão	73,67	49,54	47,31	54,50	59,95	65,36	70,06	7,408	0,285
• Informação e Apoio	76,17	56,13	46,78	63,02	56,98	57,08	65,25	5,192	0,519
- Tipo de informação	73,50	56,04	50,34	63,98	53,62	56,25	61,63	3,458	0,750
- Aconselhamento	78,17	54,38	44,22	60,95	60,10	59,53	68,13	7,664	0,264
• Continuidade e cooperação	50,00	39,42	52,79	67,00	57,81	57,92	63,81	6,758	0,344
- Continuidade	57,17	46,96	52,60	63,74	54,79	58,03	66,75	3,787	0,705
- Cooperação	46,00	36,79	53,10	68,57	59,60	57,75	59,69	9,153	0,165
• Organização dos Serviços	93,00	45,33	44,62	54,71	65,62	64,19	66,06	12,689	0,048*
- Acessibilidade e espera	97,00	45,54	45,17	55,62	63,33	65,17	63,69	12,473	0,052
- Apoio do pessoal	54,83	49,33	50,22	57,31	65,64	55,89	65,88	5,086	0,533
• Indicadores de Áreas Específicas	57,83	56,25	49,17	52,50	54,90	68,89	69,75	5,860	0,439
- Oferta de outros serviços	61,33	49,92	54,67	54,43	58,36	63,39	56,25	1,688	0,946
- Resposta	22,33	50,17	50,43	55,93	55,17	72,36	70,13	11,434	0,076
- Recursos humanos	49,50	57,17	47,97	60,19	57,62	62,22	63,56	3,761	0,709
- Instalações	80,33	68,46	51,38	51,21	55,14	58,11	62,00	5,219	0,516
• Indicadores de Satisfação Global	71,83	58,54	57,48	56,21	52,00	54,89	60,31	2,099	0,910
- Recomendações	57,17	60,04	58,76	55,67	52,93	55,69	56,13	1,099	0,982
- Razões para mudar	74,33	56,50	58,00	54,07	53,93	57,03	56,31	2,240	0,896
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses	74,50	47,21	48,55	67,79	53,07	58,72	66,88	7,326	0,292
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses	69,83	54,38	46,26	52,88	60,43	66,47	68,56	6,824	0,337

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

A-20 e menos anos; **B**-21-30 anos; **C**-31-40 anos; **D**-41-50 anos; **E**-51-60 anos; **F**-61-70 anos;

G-71 e mais anos

Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de respostas em cada um dos itens do questionário “a sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico”.

Itens	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)		NA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Q2	44	39,3	59	52,7	9	8,0	---	---	---	---	---	---
Q3	46	41,1	55	49,1	10	8,9	1	0,9	---	---	---	---
Q4	33	29,5	53	47,3	25	22,3	1	0,9	---	---	---	---
Q5	25	22,3	52	46,4	28	25,0	5	4,5	---	---	2	1,8
Q6	41	36,6	51	45,5	17	15,2	2	1,8	---	---	1	0,9
Q7	33	29,5	62	55,4	12	10,7	2	1,8	---	---	3	2,7
Q8	20	17,9	46	41,1	39	34,8	5	4,5	1	0,9	1	0,9
Q9	29	25,9	48	42,9	32	28,6	2	1,8	1	0,9	---	---
Q10	31	27,7	69	61,6	11	9,8	---	---	---	---	1	0,9
Q11	37	33,0	61	54,5	12	10,7	2	1,8	---	---	---	---
Q12	33	29,5	51	45,5	21	18,8	2	1,8	1	0,9	4	3,6
Q13	38	33,9	49	43,8	23	20,5	2	1,8	---	---	---	---
Q14	31	27,7	55	49,1	25	22,3	1	0,9	---	---	---	---
Q15	14	12,5	67	59,8	29	25,9	1	0,9	---	---	1	0,9
Q16	19	17,0	61	54,5	30	26,8	1	0,9	---	---	1	0,9
Q17	5	4,5	46	41,1	29	25,9	3	2,7	---	---	29	25,9
Q18	7	6,3	41	36,6	22	19,6	3	2,7	---	---	39	34,8
Q19	67	59,8	39	34,8	4	3,6	---	---	---	---	2	1,8
Q20	66	58,9	38	33,9	6	5,4	---	---	---	---	2	1,8
Q21	46	41,1	56	50,0	7	6,3	3	2,7	---	---	---	---
Q22	45	40,2	53	47,3	10	8,9	4	3,6	---	---	---	---
Q23	53	47,3	53	47,3	6	5,4	---	---	---	---	---	---
Q24	60	53,6	46	41,1	4	3,6	---	---	---	---	2	1,8
Q25	48	42,9	53	47,3	10	8,9	1	0,9	---	---	---	---
Q26	46	41,1	58	51,8	8	7,1	---	---	---	---	---	---
Q27	72	64,3	36	32,1	3	2,7	1	0,9	---	---	---	---
Q28	63	56,3	32	28,6	5	4,5	2	1,8	---	---	10	8,9
Q29	16	14,3	49	43,8	15	13,4	2	1,8	1	0,9	29	25,9
Q30	17	15,2	65	58,0	27	24,1	3	2,7	---	---	---	---
Q31	2	1,8	26	23,2	47	42,0	34	30,4	3	2,7	---	---
Q32	32	28,6	63	56,3	12	10,7	2	1,8	---	---	3	2,7
Q33	2	1,8	15	13,4	10	8,9	8	7,1	1	0,9	76	67,9
Q34	5	4,5	41	36,6	56	50,0	7	6,3	1	0,9	2	1,8
Q35	3	2,7	26	23,2	47	42,0	24	21,4	12	10,7	---	---
Q36	4	3,6	25	22,3	53	47,3	24	21,4	6	5,4	---	---
Q37	10	8,9	33	29,5	32	28,6	5	4,5	---	---	32	28,6
Q38	8	7,1	66	58,9	34	30,4	3	2,7	1	0,9	---	---

(5) Excelente

(4) Muito Bom

(3) Bom

(2) Razoável

(1) Mau

NA (Não aplica)

Representação percentual dos Itens de mais elevada e mais baixa frequência relativa, por opção de resposta, no CDP.

	Mais Elevada Frequência	Mais Baixa Frequência
5- Excelente	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 40-50%: Itens 23, 25, 3, 21, 26, 22 • Entre 51-60%: Itens 19, 20, 28, 24 • Entre 61-70%: Item 27 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1-10%: Itens 17, 34, 36, 35, 31, 33, 37, 38, 18 • Entre 11-20%: Itens 8, 16, 30, 29, 15
4-Muito Bom	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 40-50%: Itens 21, 3, 14, 4, 22, 23, 25, 5, 6, 12, 13, 29, 9, 8, 17, 24 • Entre 51-60%: Itens 15, 38, 30, 32, 7, 11, 16, 2,26 • Entre 61-70%: . Item 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 11-20%: Item 33
3- Bom	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 20-30%: Itens 38, 9, 37, 16, 15, 17, 5, 30, 4, 14, 13 • Entre 31-40%: Item 8 • Entre 41-50%: Itens 34, 36, 31, 35 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1-10%: Itens 7, 11, 32, 10, 3, 22, 25, 33, 2, 26, 21, 20, 23, 28, 19, 24, 27 • Entre 11-20%: Itens 18, 12, 6, 29
2- Razoável	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 20-30%: Itens 31, 35, 36 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1-10%: os restantes
1- Mau	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1-10%: todos
NA – Não se Aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 20-30%: Itens 37, 17, 29 • Entre 31-40%: Item 18 • Entre 61-70%: Item 33 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1-10%: os restantes

Representação percentual das classificação atribuída ao conjunto de questões do Questionário

(5) Excelente	(4) Muito Bom	(3) Bom	(2) Razoável	(1) Mau	Não aplica (NA)
27,6%	43,3%	18,5%	4,5%	-----	11,1%

Média e desvio-padrão das Dimensões e subdimensões do questionário “a sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico”, para a globalidade da amostra, em função do grupo etário.

Variáveis	20 e menos anos (n=3)		21-30 anos(n=12)		31-40 anos(n=29)		41-50 anos(n=21)		51-60 anos(n=21)		61-70 anos(n=18)		71 e mais anos (n=8)	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
• Relação e Comunicação	4,4	0,47	4,1	0,57	4,1	0,53	4,4	0,51	4,1	0,61	4,4	0,62	4,3	0,38
- Tempo para cuidar	4,4	0,38	4,3	0,56	4,3	0,47	4,5	0,39	4,4	0,57	4,6	0,58	4,5	0,73
- Humanidade	4,5	0,50	3,9	0,60	4,2	0,66	4,3	0,68	4,1	0,71	4,2	0,73	4,2	0,26
- Envolvimento dos doentes	4,3	0,76	3,8	0,75	3,9	0,69	4,3	0,64	3,8	0,84	4,2	0,75	4,3	0,46
- Confidencialidade do processo	4,3	0,58	4,3	0,75	4,1	0,67	4,4	0,67	4,0	0,80	4,3	0,91	4,4	0,52
• Cuidados Médicos	4,3	0,88	3,9	0,49	3,7	0,45	3,9	0,38	3,8	0,74	3,8	0,52	4,0	0,35
- Efetividade dos cuidados	4,4	0,80	3,9	0,47	3,7	0,53	3,9	0,52	3,7	0,73	3,8	0,61	3,9	0,44
- Competência/Precisão	4,5	0,50	4,1	0,60	4,0	0,52	4,2	0,40	4,2	0,80	4,3	0,54	4,4	0,42
• Informação e Apoio	4,4	0,38	4,1	0,63	4,0	0,54	4,2	0,46	4,1	0,67	4,1	0,47	4,3	0,42
- Tipo de informação	4,4	0,38	4,1	0,66	4,0	0,60	4,3	0,49	4,0	0,77	4,1	0,62	4,2	0,47
- Aconselhamento	4,4	0,38	4,1	0,66	3,9	0,53	4,2	0,50	4,2	0,61	4,2	0,42	4,3	0,49
• Continuidade e cooperação	4,2	0,76	3,8	0,94	4,3	1,15	4,7	1,04	4,4	1,18	4,4	0,93	4,6	1,06
- Continuidade	4,3	1,53	3,9	1,08	4,1	1,26	4,5	1,17	4,2	1,25	4,3	1,07	4,6	1,19
- Cooperação	4,0	0,01	3,8	0,87	4,4	1,40	5,0	1,16	4,6	1,28	4,6	1,15	4,6	1,19
• Organização dos Serviços	4,5	0,22	3,9	0,56	3,9	0,45	4,1	0,31	4,2	0,44	4,2	0,47	4,2	0,42
- Acessibilidade e espera	4,6	0,19	3,8	0,59	3,9	0,47	4,1	0,34	4,1	0,45	4,1	0,52	4,1	0,40
- Apoio do pessoal	4,3	0,58	4,2	0,72	4,2	0,62	4,4	0,50	4,5	0,60	4,3	0,59	4,5	0,76
• Indicadores de Áreas Específicas	3,9	0,48	3,9	0,70	3,8	0,53	3,9	0,36	3,9	0,46	4,1	0,45	4,1	0,64
- Oferta de outros serviços	3,5	0,50	3,3	0,89	3,4	0,78	3,4	0,86	3,5	0,73	3,7	0,94	3,5	1,13
- Resposta	3,8	0,76	4,5	0,94	4,5	0,98	4,7	0,70	4,7	0,81	5,0	0,75	4,9	0,82
- Recursos humanos	4,3	0,58	4,4	0,67	4,3	0,60	4,5	0,42	4,4	0,61	4,5	0,49	4,5	0,69
- Instalações	3,7	1,44	3,3	1,08	2,8	0,80	2,8	0,66	2,8	0,97	2,9	0,97	3,1	0,78
• Indicadores de Satisfação Global	2,8	2,02	2,1	0,43	2,1	0,39	2,0	0,49	2,0	0,59	2,1	0,87	2,1	0,69
- Recomendações	2,7	2,08	2,3	0,87	2,1	0,37	2,1	0,77	2,0	0,59	2,1	0,83	2,3	1,16
- Razões para mudar	3,0	2,00	2,0	0,00	2,0	0,50	2,0	0,38	2,0	0,59	2,2	0,92	2,0	0,53
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses	4,4	0,42	4,0	0,62	4,0	0,50	4,3	0,46	4,0	0,73	4,2	0,49	4,3	0,23
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses	4,3	0,38	4,1	0,58	4,0	0,49	4,1	0,29	4,2	0,48	4,2	0,46	4,2	0,61

Teste *U* Mann-Whitney na comparação entre homens vs mulheres.

Variáveis	MeanRank		Teste <i>U</i> Mann-Whitney	
	Homens	Mulheres	Z	p
• Relação e Comunicação	58,45	52,38	-0,929	0,353
- Tempo para cuidar	58,39	52,51	-0,917	0,359
- Humanidade	59,50	50,17	-1,476	0,140
- Envolvimento dos doentes	57,40	54,60	-0,438	0,662
- Confidencialidade do processo	56,50	56,50	0,000	1,000
• Cuidados Médicos	58,23	52,85	-0,824	0,410
- Efetividade dos cuidados	58,04	53,25	-0,736	0,462
- Competência/Precisão	58,86	51,51	-1,170	0,242
• Informação e Apoio (⊥)	---	---	-2,124	0,036*
- Tipo de informação	59,64	49,88	-1,511	0,131
- Aconselhamento	60,78	47,47	-2,066	0,039*
• Continuidade e cooperação	59,91	49,29	-1,650	0,099
- Continuidade	60,68	47,68	-2,090	0,037*
- Cooperação	58,25	52,81	-0,873	0,383
• Organização dos Serviços	57,22	54,97	-0,345	0,730
- Acessibilidade e espera	57,64	54,08	-0,549	0,583
- Apoio do pessoal	55,42	58,78	-0,574	0,566
• Indicadores de Áreas Específicas	61,11	46,78	-2,191	0,028*
- Oferta de outros serviços	58,38	52,53	-0,910	0,363
- Resposta	59,97	49,18	-1,710	0,087
- Recursos humanos	59,13	50,94	-1,314	0,189
- Instalações	59,82	49,49	-1,635	0,102
• Indicadores de Satisfação Global	54,39	60,96	-1,269	0,204
- Recomendações	55,62	58,36	-0,582	0,560
- Razões para mudar	54,52	60,68	-1,270	0,204
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses (⊥)	---	---	-1,485	0,140
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses (⊥)	---	---	-1,874	0,064

(⊥) Teste *t* de medidas independentes

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

Teste H Kruskal-Wallis na comparação entre 7 classes etárias.

Variáveis	MeanRank							Teste HKruskal-Wallis	
	A	B	C	D	E	F	G	χ^2	p
• Relação e Comunicação	64,00	46,29	50,79	65,38	50,31	65,69	61,94	6,296	0,391
- Tempo para cuidar	55,83	50,13	46,31	59,36	58,69	68,08	63,94	6,620	0,357
- Humanidade	72,17	43,38	56,95	63,31	51,83	59,69	55,88	4,532	0,605
- Envolvimento dos doentes	67,83	46,25	50,71	66,98	46,90	64,94	67,31	9,047	0,171
- Confidencialidade do processo	61,33	55,79	52,90	64,60	47,67	59,81	63,31	4,761	0,575
• Cuidados Médicos	79,00	59,04	45,66	62,21	56,57	57,83	65,38	6,095	0,413
- Efectividade dos cuidados	83,83	60,92	49,38	65,21	52,02	52,72	62,81	6,322	0,388
- Competência/Precisão	73,67	49,54	47,31	54,50	59,95	65,36	70,06	7,408	0,285
• Informação e Apoio	76,17	56,13	46,78	63,02	56,98	57,08	65,25	5,192	0,519
- Tipo de informação	73,50	56,04	50,34	63,98	53,62	56,25	61,63	3,458	0,750
- Aconselhamento	78,17	54,38	44,22	60,95	60,10	59,53	68,13	7,664	0,264
• Continuidade e cooperação	50,00	39,42	52,79	67,00	57,81	57,92	63,81	6,758	0,344
- Continuidade	57,17	46,96	52,60	63,74	54,79	58,03	66,75	3,787	0,705
- Cooperação	46,00	36,79	53,10	68,57	59,60	57,75	59,69	9,153	0,165
• Organização dos Serviços	93,00	45,33	44,62	54,71	65,62	64,19	66,06	12,689	0,048*
- Acessibilidade e espera	97,00	45,54	45,17	55,62	63,33	65,17	63,69	12,473	0,052
- Apoio do pessoal	54,83	49,33	50,22	57,31	65,64	55,89	65,88	5,086	0,533
• Indicadores de Áreas Específicas	57,83	56,25	49,17	52,50	54,90	68,89	69,75	5,860	0,439
- Oferta de outros serviços	61,33	49,92	54,67	54,43	58,36	63,39	56,25	1,688	0,946
- Resposta	22,33	50,17	50,43	55,93	55,17	72,36	70,13	11,434	0,076
- Recursos humanos	49,50	57,17	47,97	60,19	57,62	62,22	63,56	3,761	0,709
- Instalações	80,33	68,46	51,38	51,21	55,14	58,11	62,00	5,219	0,516
• Indicadores de Satisfação Global	71,83	58,54	57,48	56,21	52,00	54,89	60,31	2,099	0,910
- Recomendações	57,17	60,04	58,76	55,67	52,93	55,69	56,13	1,099	0,982
- Razões para mudar	74,33	56,50	58,00	54,07	53,93	57,03	56,31	2,240	0,896
• Avaliação que faz do médico nos últimos 12 meses	74,50	47,21	48,55	67,79	53,07	58,72	66,88	7,326	0,292
• Avaliação que faz do CDP nos últimos 12 meses	69,83	54,38	46,26	52,88	60,43	66,47	68,56	6,824	0,337

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

A-20 e menos anos; **B**-21-30 anos; **C**-31-40 anos; **D**-41-50 anos; **E**-51-60 anos; **F**-61-70 anos;

G-71 e mais anos

Matriz de correlações entre as Dimensões do questionário “a sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico”, para a globalidade da amostra.

	RC	CM	IA	CC	OS
RC	---	0,72**	0,76**	0,35**	0,56**
CM		---	0,66**	0,25**	0,48**
IA			---	0,47**	0,64**
CC				---	0,38**
OS					---

** $p < 0,01$

RC- Relação e Comunicação; **CM**- Cuidados Médicos; **IA**- Informação e Apoio; **CC**- Continuidade e Cooperação; **OS**- Organização dos Serviços

Matriz de correlações entre as Dimensões do questionário “a sua opinião sobre este Centro de Diagnóstico Pneumológico”, para as amostras de homens e mulheres.

	RC	CM	IA	CC	OS
RC	---	0,73**	0,75**	0,24*	0,53**
CM	0,67**	---	0,69**	0,20	0,55**
IA	0,79**	0,62**	---	0,38**	0,62**
CC	0,59**	0,32	0,59**	---	0,36**
OS	0,62**	0,39*	0,66**	0,39*	---

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

RC- Relação e Comunicação

CM- Cuidados Médicos

IA- Informação e Apoio

CC- Continuidade e Cooperação

OS- Organização dos Serviços

<input type="checkbox"/>	Homens
<input checked="" type="checkbox"/>	Mulheres

