

TÂNIA RAQUEL MENDES AMARAL DE BRITO

**QUALIDADE EM SAÚDE
- SATISFAÇÃO DO UTENTE COM O SERVIÇO DE
URGÊNCIAS DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa
2015**

TÂNIA RAQUEL MENDES AMARAL DE BRITO

**QUALIDADE EM SAÚDE
- SATISFAÇÃO DO UTENTE COM O SERVIÇO DE
URGÊNCIAS DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

Dissertação defendida em provas públicas, para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 3 de Julho de 2015, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação nº228/2015 com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Ana Sofia Fernandes

Arguente: Professor Doutor Luís Morais

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa
2015**

Epígrafe

Measuring quality isn't the problem.

Changing it is.

(Davies, 2001)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Vasco Reis pelo incentivo.

Ao Professor Doutor Manuel Roque que prontamente facilitou a aprovação do estudo junto da Comissão de Ética e da Administração do Hospital Santa Maria.

À professora Carla Cardoso pela inestimável ajuda.

A todas as pessoas que gentilmente responderam ao inquérito viabilizando a realização desta investigação.

Ao Mano, responsável pelos inquéritos no terreno.

Ao pai e à mãe por tudo.

Ao Ricardo.

Resumo

Introdução: Medir a qualidade dos serviços de saúde através da avaliação da satisfação dos utentes é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, sobretudo no contexto socioeconómico atual. Esta avaliação também promove a centralidade do cidadão no sistema de saúde e é essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde. São objetivos principais deste estudo mensurar o índice de satisfação dos utentes com o Serviço de Urgências (SU) do Hospital Santa Maria (HSM) e identificar a influência de diversas variáveis como o género, idade, situação atual, habilitações literárias e estado de saúde.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa, não experimental, descritivo-correlacional, envolvendo uma amostra de 155 indivíduos, destes 52,3% eram do género feminino, 54,8% pertencem ao grupo etário correspondente às idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, 38,1% encontram-se empregados, contudo a percentagem de desempregados situa-se imediatamente a seguir sendo de 26,5% e 34,8% têm ensino superior. Por fim, é de salientar que 43,2% dos inquiridos considera que tem um estado de saúde bom e 29,7% muito bom. O questionário utilizado foi o “Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais EPE e SA (Urgências)”. Este questionário avalia a satisfação em 11 dimensões: imagem, tempo de espera, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, família, qualidade global apercebida, resolução das reclamações, satisfação e lealdade; através de uma escala de Likert de 10 pontos.

Resultados: As dimensões que obtiveram resultados mais altos são as relacionadas com os profissionais de saúde – médicos, 7.55 pontos; enfermeiros, 7,77 pontos e exames e tratamentos, 7,5 pontos, em média. Por outro lado, o tempo de espera e a capacidade de resolução de uma reclamação obtiveram o *score* mais baixo e próximo dos 5 pontos. Contudo, salienta-se que todas as avaliações foram positivas.

Conclusões: A amostra analisada permite constatar a existência de um elevado nível de satisfação com o SU do HSM.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde; Satisfação do Utente; Serviços de Urgência

Abstract

Introduction: *Measuring the quality of Health services by assessing the patient satisfaction is essential for an appropriate management of resources, especially in the current socio-economic context. This review also promotes the centrality of the patient in the Health system and is essential for the development and improvement of Health services. The primary purposes of this study are measure the satisfaction level of the users of the emergency department of the Hospital Stoanta Maria and identify the influence of several variables such as gender, age, current status, educational qualifications and Health status.*

Methods: *This study is descriptive and correlational, quantitative and not experimental. Includes 155 subjects: 52,3% are female, 54,8% have 35-64 years old, 38,1% are employed, however th percentage of unemployed is situated immediately after being and 34,8% have higher education. Finally, is noted that 43,2% of respondents belive it has a good Health and 29,7% has a very good Health. The questionnaire used was the “Instrumento de Medida de Satisfação dos Utentes nos Hospitais EPE e SA (Urgências)”. This questionnaire includes eleven dimensions: picture, waiting time, facilities, doctors, nurses, tests and treatments, family, perceived overall quality and resolution of complaits, satisfaction and loyalty; using a Likert scale of ten points.*

Results: *The dimensions obtained higher results are related to Health professionals – doctors, 7,55 points; nurses, 7,77 points and tests and treatment, 7,5 points, on average. On the other hand, the delay time and the capacity of resolution a complaint obtained the lowest score, around 5 points. However, it is noted that all evaluations were positive.*

Conclusions: *The sample concerned allows us to verify the existence of a high level of satisfaction with the emergency service of Hospital Santa Maria.*

Key Words: *Health Quality, Patient satisfaction, Emergency Service*

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

ACSS – Administração Central dos Sistema de Saúde

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DECO – Defesa do Consumidor

ECSI – European Customer Satisfaction Index

EPE – Entidade Pública Empresarial

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSM – Hospital de Santa Maria

GQT – Gestão da Qualidade Total

IPQ – Instituto Português de Qualidade

ISO – *International Organization for Standardization*

ISEGI-UNL – Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviços de Urgência

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

n – Frequências Absolutas

% - Frequências Percentuais

n.s. – Não significativo

> Maior

< Menor

≥ Maior ou igual

≤ Menor ou igual

Índice

2. Fase Concetual	18
2.1 Revisão da Literatura	18
2.1.1 Serviço Nacional de Saúde.....	18
2.1.1.1 Serviços de Urgência.....	21
2.1.1.1.1 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria	24
2.1.2 Qualidade em Saúde	27
2.1.2.1 Conceito de Qualidade em Saúde	27
2.1.2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde.....	30
2.1.2.3 Avaliação da Qualidade em Saúde	31
2.1.3 Satisfação do Utente.....	33
2.1.3.1 Conceito de Satisfação do Utente	33
2.1.3.2 Dimensões da Avaliação da Satisfação dos Utentes	34
2.1.3.3 Fatores que influenciam a Satisfação dos Utentes.....	36
2.1.3.4 Instrumentos de Medida para Avaliação da Satisfação dos Utentes	37
2.1.3.5 Estado da Arte: Satisfação do Utente com os SU.....	40
2.2 Formulação do Problema de Investigação.....	42
2.3 Objetivos de Investigação	43
2.4 Questões de Investigação.....	43
2.5 Definição de Variáveis.....	43
3. Fase Metodológica	45
3.1 Desenho da Investigação.....	45
3.2 População e Amostra	45
3.3 Métodos de Colheita de Dados e de Análise dos Dados.....	46
3.4 Aspetos Éticos.....	48
4. Fase Empírica	49
4.1 Apresentação dos Resultados.....	50
4.1.1 Caracterização Sociodemográfica.....	50
4.1.1.1 Género	50
4.1.1.2 Idade.....	51
4.1.1.3 Situação Atual	52
4.1.1.4 Instrução Escolar.....	53
4.1.2 Estado de Saúde	54
4.1.3 Satisfação dos Utentes.....	55
4.1.3.1 Satisfação Global	55
4.1.3.2 Imagem	55

4.1.3.3 Expectativas dos Utentes.....	56
4.1.3.4 Qualidade Global Percecionada	57
4.1.3.5 Espera	58
4.1.3.6 Instalações	59
4.1.3.7 Médicos.....	60
4.1.3.8 Enfermeiros	62
4.1.3.9 Exames e Tratamentos	63
4.1.3.10 Internamento após a Urgência.....	64
4.1.3.11 Família	66
4.1.3.12 Taxa Moderadora	67
4.1.3.13 Cumprimento das Expectativas	67
4.1.3.14 Lealdade e Recomendação.....	68
4.1.3.15 Reclamações	69
4.1.3.16 Hospital Ideal	70
4.2 Análise dos Resultados.....	71
4.2.1 Satisfação Global com o Hospital	71
4.2.2 Imagem	73
4.2.3 Expectativas dos Utentes.....	78
4.2.4 Qualidade Global Percecionada.....	78
4.2.5 Espera	80
4.2.6 Instalações	82
4.2.7 Médicos.....	87
4.2.8 Enfermeiros	91
4.2.9 Exames e Tratamentos.....	94
4.2.10 Internamento após Urgência.....	97
4.2.11 Família.....	97
4.2.12 Cumprimento das Expectativas.....	99
4.2.13 Lealdade e Recomendação	100
4.2.14 Reclamações.....	103
4.2.15 Hospital Ideal.....	104
5. Interpretação dos Resultados – Discussão	106
6. Conclusões.....	111
APÊNDICES	i
APÊNDICE I – Instrumento de Medida de Satisfação dos Utentes nos Hospitais – Urgências	ii
APÊNDICE II – Pedido de Aprovação à Comissão de ética do HSM.....	xi
APÊNDICE III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do HSM.....	xiii

Índice de Quadros

Quadro 1 - Atendimentos na Urgência (adaptado do Relatório e Contas, 2013)	24
Quadro 2 - Urgência por Género e Grupo Etário (adaptado do Relatório e Contas, 2013)	25
Quadro 3 - Indicadores associados às variáveis	47
Quadro 4 - Distribuição por Género	50
Quadro 5 - Distribuição por Classe Etária	51
Quadro 6 - Distribuição por Situação Atual	52
Quadro 7 - Distribuição por Instrução Escolar	53
Quadro 8 - Distribuição por Estado de Saúde	54
Quadro 9 – Frequências Relativas – Satisfação Global	55
Quadro 10 – Frequências Relativas – Imagem do HSM	56
Quadro 11 - Frequências Relativas – Expetativas da Qualidade Global	57
Quadro 12 – Frequências Relativas – Qualidade Global Percecionada	58
Quadro 13- Frequências Relativas - Espera	59
Quadro 14 - Frequências Relativas - Instalações	60
Quadro 15 - Frequências Relativas - Médicos	61
Quadro 16 – Frequências Relativas - Enfermeiros	63
Quadro 17 - Frequência Relativas - Exames e Tratamentos	64
Quadro 18 - Frequência Relativas - Processo de Transferência do SU para o Internamento	66
Quadro 19 - Frequências Relativas - Família	66
Quadro 20 - Frequências Relativas - Cumprimento das Expetativas	68
Quadro 21 - Frequências Relativas - Lealdade e Recomendação	68
Quadro 22 - Frequências Relativas - Reclamações	70
Quadro 23 - Frequências Relativas - Hospital Ideal	71
Quadro 24 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Satisfação Global	71
Quadro 25 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	73
Quadro 26 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Imagem	74
Quadro 27 - Distribuição Percentual dos Critérios relativos à Imagem por Idade, Situação Atual, Habilitações e Estado de Saúde	77
Quadro 28 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Expetativas ...	78
Quadro 29 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Expetativas ...	78
Quadro 30 – Distribuição Percentual das Expetativas por Habilitações e Estado de Saúde	79
Quadro 31 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Espera	80
Quadro 32 - Distribuição Percentual da Espera por Estado de Saúde	82
Quadro 33 – Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Instalações ...	82
Quadro 34 - Distribuição Percentual da Facilidade em Encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	86
Quadro 35 - Distribuição Percentual do Conforto e Comodidade, Proteção da Privacidade e Qualidade Global por Estado de Saúde	86
Quadro 36 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Variáveis Independentes e os critérios de avaliação dos Médicos	87
Quadro 37 – Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação da Qualidade dos Médicos na Perspetiva do Utente por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	90
Quadro 38 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Variáveis Independentes e os critérios de avaliação dos Enfermeiros	91
Quadro 39 - Distribuição Percentual dos Critérios avaliativos dos Enfermeiros por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	93

Quadro 40 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão Exames e Tratamentos e as Variáveis Independentes	94
Quadro 41 - Distribuição Percentual dos Exames e Tratamentos por Estado de Saúde.....	96
Quadro 42 - Resultados dos Testes Estatísticos entre o Processo de Transferência das Urgências para os Internamentos e as Variáveis Independentes.....	97
Quadro 43 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Forma como o Hospital lidou com a Família e as Variáveis Independentes.....	98
Quadro 44 - Distribuição Percentual da Forma como o Hospital lidou com a Família do Utente por Estado de Saúde do mesmo.....	99
Quadro 45 - Resultados dos Testes Estatísticos relativos ao Cumprimento de Expetativas pelas Variáveis Independentes	99
Quadro 46 – Distribuição Percentual do Cumprimento das Expetativas por Habilitações e Estado de Saúde	100
Quadro 47 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão Lealdade e Recomendação e as Variáveis Independentes	101
Quadro 48 – Distribuição Percentual do Critério Recomendação por Classe Etária	103
Quadro 49 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Habilitações e Estado de Saúde	103
Quadro 50 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Reclamações e as Variáveis Independentes	103
Quadro 51 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão «Hospital Ideal» e as Variáveis Independentes.....	104
Quadro 52 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	105
Quadro 53 - Quadro comparativo da Satisfação do Utente com o SU do HSM em 2014 com o SU dos Hospitais EPE em 2009	107

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Atendimentos na Urgência (adaptado do Relatório e Contas, 2013).....	25
Gráfico 2 - Urgência por Género e Grupo Etário (adaptado do Relatório e Contas, 2013)	26
Gráfico 3 - Distribuição por Género	50
Gráfico 4 - Distribuição por Classe Etária.....	51
Gráfico 5 - Distribuição por Situação Atual.....	52
Gráfico 6 - Distribuição por Instrução Escolar	53
Gráfico 7 - Distribuição por Estado de Saúde	54
Gráfico 8 - Valores Médios – Imagem do HSM.....	56
Gráfico 9 - Proporção de Utentes submetidos a Triagem	58
Gráfico 10 - Valores Médios - Tempo de Espera.....	59
Gráfico 11 - Valores Médios - Instalações	60
Gráfico 12- Valores Médios - Médicos	61
Gráfico 13 - Contacto com enfermeiros no HSM	62
Gráfico 14 - Valores Médios - Enfermeiros.....	62
Gráfico 15 - Realização de Exames e Tratamentos.....	63
Gráfico 16 - Valores Médios - Exames e Tratamentos	64
Gráfico 17 - Proporção de Utentes Internados após atendimento no SU do HSM	65
Gráfico 18 – Pagamento da Taxa Moderadora.....	67
Gráfico 19 - Apresentação de Reclamações relativas ao SU do HSM	69
Gráfico 20 - Valores Médios - Reclamações	70
Gráfico 21 - Valores Médios - Satisfação Global por Habilitações Literárias e Estado de Saúde	72
Gráfico 22 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Habilitações Literárias	72
Gráfico 23 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Estado de Saúde	73
Gráfico 24 - Valores Médios - Imagem por Variáveis Independentes	74
Gráfico 25 - Distribuição Percentual dos Critérios «Hospital de Confiança» e «Hospital Experiente» por Idade	75
Gráfico 26 - Distribuição Percentual dos Critérios «Hospital de Confiança» e «Hospital Experiente» por Situação Atual	75
Gráfico 27 - Distribuição Percentual dos Critérios relativos à Imagem por nível de Escolaridade e Estado de Saúde	76
Gráfico 28 - Valores Médios - Expetativas por Nível de Escolaridade e Estado de Saúde	78
Gráfico 29 - Distribuição Percentual das Expetativas por nível de Escolaridade	79
Gráfico 30 – Distribuição Percentual das Expetativas por Estado de Saúde	79
Gráfico 31 - Valores Médios - Espera por Estado de Saúde	80
Gráfico 32 - Distribuição Percentual da Competência e Profissionalismo do técnico da triagem de prioridades por Estado de Saúde.....	81
Gráfico 33 - Distribuição Percentual do Tempo de Espera e Justiça no Atendimentos por Estado de Saúde	81
Gráfico 34 – Valores Médios – Instalações por Variáveis Independentes.....	83
Gráfico 35 - Distribuição Percentual da Facilidade em encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Idade.....	84
Gráfico 36 - Distribuição Percentual da Facilidade em Encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Habilitações Literárias.....	84
Gráfico 37 - Distribuição Percentual das Instalações por Estado de Saúde	85
Gráfico 38 - Valores Médios - Critérios de Satisfação dos Utentes relativamente aos Médicos por Nível de Escolaridade e Estado de Saúde	87
Gráfico 39 - Distribuição Percentual dos Critérios Avaliativos da Qualidade dos Médicos por Habilitações Literárias.....	88

Gráfico 40 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação da Qualidade dos Médicos por Estado de Saúde.....	89
Gráfico 41 - Valores Médios - Critérios Avaliativos da Qualidade dos Enfermeiros por Variáveis Independentes.....	91
Gráfico 42 - Distribuição Percentual do Critério «Competência e Profissionalismo» pela Idade	92
Gráfico 43 - Distribuição Percentual dos Critérios «Competência e Profissionalismo» e «Qualidade Global» por Habilitações Literárias	92
Gráfico 44 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação dos Enfermeiros por Estado de Saúde	93
Gráfico 45 - Valores Médios - Critérios de Avaliação da Dimensão «Exames e Tratamentos» por Estado de Saúde e Idade	95
Gráfico 46 - Distribuição Percentual do Critério «Qualidade Global» por Idade	95
Gráfico 47 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação dos Exames e Tratamentos por Estado de Saúde.....	96
Gráfico 48 - Valor Médio - Processo de Transferências das Urgências para os Internamentos por Estado de Saúde	97
Gráfico 49 - Valor Médio - Forma como o Hospital lidou com a Família do Utente por Estado de Saúde do mesmo	98
Gráfico 50 - Distribuição Percentual da Forma como o Hospital Lidou com a Família pelo Estado de Saúde	98
Gráfico 51 - Valores Médios - Cumprimento das Expetativas por Escolaridade e Estado de Saúde ...	99
Gráfico 52 - Distribuição Percentual do Cumprimento das Expetativas por Escolaridade e Estado de Saúde	100
Gráfico 53 - Valores Médios - Lealdade e Recomendação por Variáveis Independentes	101
Gráfico 54 - Distribuição Percentual do Critério Recomendação por Idades	101
Gráfico 55 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Habilitações Literárias	102
Gráfico 56 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Estado de Saúde	102
Gráfico 57 - Valores Médios - Dimensão Reclamação por Variáveis Independentes	104
Gráfico 58 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Habilitações Literárias	105
Gráfico 59 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Estado de Saúde	105
Gráfico 60 - Quadro comparativo da Satisfação do Utente com o SU do HSM em 2014 com o SU dos Hospitais EPE em 2009	108

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo conceitual da relação entre as variáveis	44
Figura 2- Valor médio – Satisfação Global	55
Figura 3 - Valor médio – Expetativa da Qualidade Global	57
Figura 4 – Valor médio – Qualidade Global Percecionada	57
Figura 5 - Valor Médio - Tempo de Espera entre a Urgência e o Internamento	65
Figura 6 - Valor Médio - Família	66
Figura 7 - Valor Médio - Cumprimento das Expetativas	67
Figura 8 - Valor Médio - Hospital Ideal	70

1. Introdução

O desenvolvimento técnico-científico e socioeconómico ocorrido nos últimos 30 anos contribuiu para o aumento da esperança média de vida e envelhecimento progressivo da população o que, por sua vez, conduziu ao aumento da incidência e prevalência de problemas de saúde mais complexos e, consequentemente, novos desafios em saúde (Sousa, 2009). O aparecimento de novos problemas e o aumento da percentagem de doentes crónicos implicam uma necessidade crescente e tendencialmente inabastada de recursos, sendo indispensável definir linhas orientadoras de ação.

A mudança demográfica associada às frequentes alterações políticas, sistema de financiamento e investimento público e privado, produziu alterações no sistema de saúde português cujo modelo atual resulta de um processo constante de melhoramento (Barros, 2013; Graça & Loureiro, 2012; Sousa, 2009).

Paralelamente, com uma economia mundial caracterizada pela globalização e rapidez e evolução tecnológica e tendo em conta que, em Portugal, o setor da saúde é o maior da economia, com despesas correspondentes a aproximadamente 10% do produto interno bruto, a qualidade em saúde tem vindo a merecer uma crescente e prioritária atenção.

O conceito evoluiu e, atualmente refletir sobre qualidade implica focar dois conceitos que se relacionam na sua essência: o aumento da competitividade, na perspetiva da empresa e o aumento da exigência, na perspetiva do cliente. Esclarecendo, por um lado, a competitividade é indissociável da qualidade sendo um fator de diferenciação e um pré-requisito para a sobrevivência das organizações, pois traduz-se em ganhos de produtividade. Por outro lado, a exigência dos clientes é cada vez mais notória, quer na seleção de um eletrodoméstico tecnologicamente mais inovador quer na preferência pela organização que presta os melhores cuidados de saúde. Esta evolução deve-se, sobretudo, à consciencialização dos utentes relativamente à saúde, facto inerente ao aumento da literacia da população (Sousa, 2009).

Deste modo e face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde, pode-se considerar a satisfação dos utilizadores como o desafio *major* no setor da saúde (Graça & Loureiro, 2012).

A avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de saúde é, deste modo, um indicador de qualidade fundamental pois concede ao utente a possibilidade de ter uma participação ativa na construção do serviço de saúde, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados. Num contexto de crise económica onde os recursos são escassos, conhecer a opinião do utente é uma mais-valia pois fornece indicações precisas que permitem

mobilizar os recursos em função dos interesses dos utentes (Pereira, Araújo-Soares & McInty, 2001; Pereira et al., 2009).

Para além disso, a avaliação da qualidade dos cuidados a partir da perceção dos utentes promove a centralidade do cidadão no sistema de saúde e é essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, devendo ser uma prática frequente (Haddad, Potvin, Roberge, Pineault & Remondin, 2000; Pereira *et al.*, 2001; Rahmqvist, 2001).

Neste contexto, os questionários de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde são ferramentas fundamentais que auxiliam os gestores na identificação de áreas ou serviços suscetíveis de ser reestruturados ou melhorados. Podem igualmente contribuir para uma melhor eficiência e otimização dos gastos em saúde (Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 2004; Hespanhol, Ribeiro & Pereira, 2005).

Devido aos aspetos anteriormente mencionados, nas duas últimas décadas a mediatização desta temática suscitou um grande interesse nos estudiosos, que são unânimes em afirmar que a qualidade e a segurança deveriam ser as principais prioridades do sistema de saúde português. Contudo, e por diversas razões, as investigações relativas aos sistemas de qualidade permanecem teóricas, ao invés de promoverem alterações no quotidiano da atividade clínica (Campos, Portugal & Borges, 2009).

Tendo por base o contexto anteriormente descrito, partindo do pressuposto da existência de poucos estudos portugueses nos Serviço de Urgência [SU] e querendo ser ambicioso no que respeita à dimensão do Hospital colocou-se a seguinte questão de investigação: Como se caracteriza a satisfação dos utentes com o SU do Hospital Santa Maria [HSM] e quais os seus princípios determinantes? Tendo presente esta questão os objetivos gerais deste trabalho de investigação são:

- Avaliar a satisfação dos utentes com o SU do Hospital Santa Maria;
- Determinar a influência de um conjunto de variáveis previamente selecionadas como o género, idade, situação profissional, instrução escolar e estado de saúde; na satisfação do utente;
- Contribuir para a reflexão desta temática, produzindo ferramentas potenciadoras de ganhos em saúde.

A metodologia adotada neste estudo é do tipo descritivo-correlacional e transversal, de abordagem quantitativa. Para tal, foi utilizado o Instrumento de Medida de Satisfação dos Utentes nos Hospitais – Urgências, elaborado pela Administração Central dos Sistemas de Saúde [ACSS] em parceria com o Instituto de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa [ISEGI-UNL] e presente no Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA (Pereira et al., 2009) que

teve a sua origem no programa ComuniCare – projeto que será abordado no capítulo referente aos instrumentos de medida da satisfação dos utentes.

O inquérito foi efetuado em Janeiro de 2015 e a amostra foi selecionada por conveniência, sendo constituída por utentes do SU do HSM, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos e que frequentaram o mesmo no último trimestre de 2014. O programa informático utilizado para o tratamento estatístico dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS versão 20.0].

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes que correspondem às quatro fases do processo de investigação delimitadas por Fortin (2009). Na primeira parte, fase concetual, apresenta-se a revisão da literatura, formulação do problema de investigação, enunciado dos objetivos, questões de investigação e variáveis. Na segunda parte, fase metodológica, escolheu-se o desenho de investigação, definiu-se a população e amostra, descrevem-se os métodos de colheita e análise dos dados e referem-se os aspetos éticos tidos em conta durante todo o processo. Na terceira parte, fase empírica, apresentam-se os dados obtidos no terreno e analisam-se os mesmos. Por fim, na quarta parte, interpretam-se os resultados. O trabalho termina com a exposição das conclusões na qual se referem as limitações do estudo e a autora propõe investigações futuras.

O presente trabalho será redigido mediante as normas da *American Psychological Association* [APA].

2. Fase Concetual

2.1 Revisão da Literatura

2.1.1 Serviço Nacional de Saúde

“Todos têm direito à proteção da saúde (...) através de um serviço de saúde universal e geral (...) tendencialmente gratuito; Garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (Artigo 64º da Lei Constitucional nº1/2001 de 12 de Dezembro).

Precedentemente à análise detalhada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) importa definir o conceito de Sistema de Saúde que de acordo com Gonçalves Ferreira citado por Baganha, Ribeiro e Pires (2002) é um “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde”.

Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são bastante complexos. Se por um lado o desafio da governação em saúde é conseguir a promoção e proteção da saúde das pessoas, por outro subsiste a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade sendo imprescindível compatibilizar estes dois aspetos (Sousa, 2009; Paula, Morgado, Palha, Moreira & Marques, 2012).

Em Portugal, o sistema de saúde é constituído por entidades públicas, privadas e subsistemas públicos e privados dos quais são exemplos a Assistência na Doença aos Servidores do Estado e a Assistência na Doença aos Militares. Atualmente, e devido às exigências por parte do estado para a melhoria da eficiência na gestão dos recursos públicos afetos à saúde, existe uma cooperação entre as diferentes entidades porém, inicialmente, o serviço público foi concebido para funcionar totalmente independente da rede privada (Major & Magalhães, 2013).

Abreviando os marcos históricos do serviço de saúde público importa referenciar que teve início em 1979 com a criação do SNS, por António Arnault, caracterizado pelo acesso gratuito a cuidados de saúde de elevada qualidade a todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto económico-social. Para tal, este serviço é financiado pelos impostos cobrados pelo Estado Português (Major & Magalhães, 2013).

Em 1982, o decreto-lei nº254 de 29 de junho cria as administrações regionais de saúde com vista ao combate à fraca eficiência do mesmo e mais tarde, é concedido ao SNS autonomia administrativa e financeira (Major & Magalhães, 2013).

Em 1990, ocorrem dois eventos que se tornam marcos importantes na história do SNS: A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O SNS passa a ser “(...) universal, prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada” (Major & Magalhães, 2013).

De salientar que no início da década de 90 o SNS atravessava uma situação crítica, decorrente das circunstâncias políticas, sociais e económicas em que foi criado. Caracterizava-se pela frágil base financeira e ausência de uma cultura de gestão apropriada, especificamente: falta de eficiência na afetação de recursos, baixa produtividade, elevadas listas de espera, insatisfação dos utentes e dos profissionais de saúde e elevados custos na prestação de serviços. Todos estes fatores contribuíram para que a classe política exigisse soluções para o melhoramento da gestão pública hospitalar (Major & Magalhães, 2013).

Surgiram, por isso, diversas medidas tais como: o desenvolvimento de sistemas de informação baseados em grupos de diagnóstico homogéneo para apoio à gestão, introdução de taxa moderadora, incentivo à utilização de medicamentos genéricos cujo preço é substancialmente inferior aos similares de marca e aumento dos incentivos à colaboração entre os setores público e privado de forma a reduzir as elevadas listas de espera nos hospitais públicos. “O objetivo major passa a ser a satisfação do cliente e das suas necessidades”. Apesar do elevado número de medidas apresentadas o seu alcance prático foi sendo questionado (Major & Magalhães, 2013; Paula *et al.*, 2012).

É neste encadeamento que surge uma nova ideologia de gestão pública – a *New Public Management* – produzindo uma reconfiguração organizacional do SNS. Dessa forma deu-se início ao processo de empresarialização¹ do setor público hospitalar. Com esta medida pretendia-se aproximar os órgãos de decisão da comunidade. Surgem desta forma as parcerias público-privadas e as entidades públicas empresariais [EPE] (Major & Magalhães, 2013).

Mais tarde desponta a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção das sub-regiões de saúde, a criação dos agrupamentos de centros de saúde e a nova organização dos mesmos, onde as Unidades de Saúde Familiar assumem um papel de destaque (Deloitte, 2011).

¹ A **empresarialização** é o processo de autonomização das competências dos órgãos de gestão (Major & Magalhães, 2013).

Não obstante as diversas medidas implementadas, as críticas depreciativas relativamente ao funcionamento do SNS são inúmeras.

No seguimento do exposto vários investigadores consideram que foi a inaptidão do poder político em introduzir as reformas necessárias à correção das disfunções existentes que levou a que o SNS apresentasse, hoje em dia, graves problemas de funcionamento, originando um défice elevado. A preocupação com a contenção dos gastos de saúde e com a eficiência do sistema têm sido questões centrais, contudo, as medidas adotadas para inverter esta situação foram insuficientes (Delgado, 2002).

Efetivamente registam-se diversas condicionantes que limitam a eficiência do sistema de saúde, importando destacar as seguintes:

- Recursos insuficientes coincidindo subaproveitamento da capacidade instalada conduzindo a diversos problemas tais como as extensas listas de espera;
- Desmotivação dos profissionais, resultante da falta de incentivos;
- Baixa procura de cuidados preventivos;
- Falência técnica dos cuidados de saúde primários o que conduz ao aumento inadequado de utentes não urgentes nas instituições hospitalares;
- Baixos níveis de saúde e bem-estar na população em situação de exclusão social resultante da crise económica;
- Défice na articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados;
- Existência de insuficientes estruturas de cuidados continuados e paliativos;
- Manutenção de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde que conduzem ao aparecimento de patologias de elevada morbilidade como é o caso das doenças sexualmente transmissíveis, diabetes, doenças pulmonares crónicas, acidentes vasculares cerebrais, entre outros, sendo urgente modificar atitudes e comportamentos nocivos;
- Défice de informação no que respeita à hemovigilância a par com insuficientes medidas que promovam a doação de sangue, sendo fundamental criar mecanismos de autossuficiência;
- Processos de garantia de qualidade em saúde desatualizados e ineficazes apesar das preocupações manifestadas pelos gestores, sendo urgente instituir programas sistemáticos de avaliação e monitorização da qualidade (Delgado, 2002; Quadro Comunitário de Apoio III, 2005).

Contudo, é importante salientar a existência de variadas particularidades que tornam este setor tendencialmente ineficiente e naturalmente não competitivo. Destaca-se desde logo

a multidimensionalidade do «produto» bem como dificuldades na mensurabilidade do produto – *output* – e dos resultados – *outcomes* (Ferreira, 2004).

Apesar disso, a Deloitte (2011) menciona na sua investigação que Portugal tem melhorado os seus indicadores de saúde, paralelamente, com a aplicação de reformas cujo objetivo é melhorar a eficiência e eficácia do SNS.

Finalizando, o Sistema de saúde em Portugal sofreu grandes alterações que resultam de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante, influenciado não só pelas decisões governamentais mas também pela participação dos profissionais de saúde e cidadãos. Ambiciona-se que, futuramente, coincidam as quatro características essenciais para o bom funcionamento do sistema de saúde que de acordo com Pinto (1994) são: qualidade, grau de satisfação razoável por parte dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido.

2.1.1.1 Serviços de Urgência

Para melhor compreensão do funcionamento dos SU é importante clarificar o conceito de situação Urgente e Emergente:

- Urgências: são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais;
- Emergências: são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001).

Todas as situações clínicas que se enquadrem nestas definições necessitam de tratamento urgente, numa Unidade Hospitalar diferenciada sob o ponto de vista técnico e científico – SU² (DGS, 2001).

De facto, o SU tem características peculiares e únicas que o tornam verdadeiramente desafiante e enriquecedor. Vários médicos especialistas consideram que é uma mais valia trabalhar nas urgências, tanto do ponto de vista técnico como emocional, por diversos fatores, especificamente: multiplicidade de patologias, aquisição de conhecimentos que permite distinguir uma situação aguda e crónica, trabalho em equipa, aquisição de competências

² De forma a contextualizar o SU do Hospital Santa Maria – Objeto de Estudo – importa referir a existência de vários níveis de Urgência: Urgências Obstétrica, Urgências Pediátricas, Urgências Neonatais, Urgências Psiquiátricas, Urgências Médico-Cirúrgica e Urgências Polivalentes, nas quais se enquadra a Urgência do Hospital Santa Maria (DGS, 2001).

emocionais como o saber lidar com a morte e o saber comunicar notícias más e aprender a lidar com o imprevisto (Costa, 2015).

Porém, a maioria é unânime em afirmar que não conjectura a hipótese de integrar uma equipa fixa, que labore única e exclusivamente nas urgências uma vez que, para além de ser pouco apelativo economicamente, consideram que tem a desvantagem de se perder a experiência da enfermagem onde podem seguir os doentes (Costa, 2015).

Estes serviços são direcionados a situações específicas e caracterizam-se por ser imediatos, ou seja, não incluem uma prestação de cuidados duradoura (Carret, Fassa & Domingues, 2009; Carret, Fassa, Paniz & Soares, 2011). São também grandes consumidores de recursos humanos e financeiros (DGS, 2001).

Por diversas razões, os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS, sendo uma das preocupações recorrentes das entidades reguladoras da saúde (DGS, 2001).

Nos últimos 20 anos, tem-se vindo a assistir ao fenómeno de *overcrowding* – afluência insustentável – nestes serviços. Neste sentido foram feitas múltiplas intervenções na organização e distribuição dos SU contudo, não resolveram as inúmeras disfunções existentes e, atualmente verificam-se mais de dez milhões de urgências por ano. Destas, cerca de 50% não carecem de tratamento urgente, manifestando-se negativamente nos 50% dos doentes que, efetivamente, necessitam de cuidados urgentes, quer pelo desvio dos recursos humanos quer por ser um obstáculo à especialização dos profissionais (DGS, 2001; Carret, Fassa & Kawachi, 2007).

De forma a explicar a hiperutilização dos SU alguns autores estudaram o fenómeno e concluíram que a procura preferencial dos SU em detrimento dos cuidados de saúde primários resulta de uma interligação complexa de uma multiplicidade de fatores, tais como:

- Conveniência e Acessibilidade: um dos principais fatores é a distância a percorrer (Oliveira, 2006). Walsh (1990) acrescenta que utentes residentes nas imediações do hospital têm maior tendência a utilizar os seus serviços inadvertidamente;
- Carências Sociais: Walsh (1990) reconhece que, sobretudo em meios urbanos, o fenómeno social poderá ter um efeito semelhante ao da distância;
- Elevada Tecnologia Hospital: Carret, Fassa & Kawachi, 2007 mencionam na sua investigação empírica que os utentes consideram que nos SU têm “possibilidade de poderem realizar todo o tipo de exames de diagnóstico e a crença de que os SU podem resolver qualquer condição de saúde aguda e complexa de forma mais eficaz que outros serviços”;
- Falta de confiança nos cuidados de saúde primários (Oliveira, 2006);

- Percentagem razoável de utentes sem médico de família (Novo, 2010);
- Insatisfação com o Clínico Geral (Oliveira, 2006)

O debate público sobre a utilização inapropriada dos SU não é recente. Todos os esforços desenvolvidos, salientando-se as recomendações efusivas para utilização dos cuidados de saúde primários, não têm sido bem-sucedidos, assistindo-se a uma utilização crescente destes serviços.

Tal facto implica uma redução da eficiência, implicando problemas organizacionais e económicos graves (DGS, 2001).

Numa altura que os SU estão a atingir o ponto de rutura, os médicos internos estão na linha da frente do atendimento destes doentes (Costa, 2015).

Foram vários os relatos noticiosos acerca desta temática retratando um cenário dantesco em diversos hospitais. Contudo, Luís Campos, autor do Roteiro de Intervenção para Cuidados de Urgência e Emergência citado por Costa (2015), julga que o problema não está no excesso de procura, considerando que houve anos transatos com maior afluência, mas sim na capacidade de resposta que por diversos motivos é inferior.

De seguida enumeram-se alguns fatores que poderão estar relacionados com a diminuição da eficiência dos SU, para além dos aspetos anteriormente referidos:

- Falta de médicos especialistas devido sobretudo à falta de incentivo para trabalhar no SU, decorrente da diminuição do valor das horas extra;
- Limitação no número de entradas nas faculdades de Medicina, facto que aconteceu durante largos anos e que é responsável pelo atual fosso de idades;
- Escassez de médicos nas urgências o que faz com que os internos façam bancos duplos, de 24 horas tornando-se um trabalho desgastante quer física quer psicologicamente reduzindo, conseqüentemente, a produtividade (Costa, 2015).

Apesar da consciencialização do problema, demonstrado pelo facto do Ministério da Saúde se ter preocupado frequentes vezes com a situação, pouco se conseguiu avançar no sentido de resolução do mesmo. Com efeito, sendo a hiperutilização das urgências um fenómeno multifatorial, importa que a sua abordagem também o seja, nomeadamente com:

- Organização e responsabilização dos cuidados primários,
- Aumento da oferta de cuidados programados,
- Incentivos ao recurso a cuidados programados e penalizações ao recurso inadequado a cuidados de urgência,
- Melhoria da acessibilidade às consultas hospitalares,
- Desenvolvimento dos cuidados continuados da saúde,

- Alargamento dos serviços de apoio telefónico,
- Reestruturação das urgências hospitalares,
- Implementação de modelos de triagem e prioridades que hierarquizem o tempo e local do atendimento clínico (DGS, 2001).

2.1.1.1.1 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

O HSM pertence ao Centro Hospital Lisboa Norte [CHLN] EPE juntamente com o Hospital Pulido Valente.

O CHLN é uma instituição que presta cuidados de saúde de elevada diferenciação sendo por isso reconhecido nacional e internacionalmente, como da maior confiança e credibilidade. São 373 mil habitantes os que constituem a área direta de influência, contudo, o CHLN responde à maioria das evacuações dos PALOP, aos estrangeiros em trânsito, férias ou residentes no país.

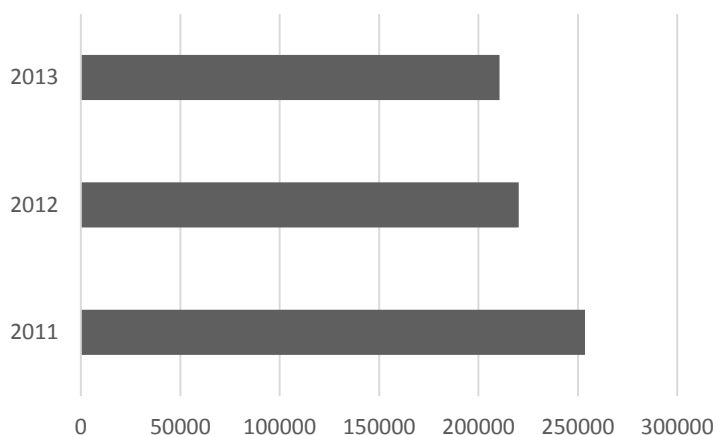
Apesar da qualidade ímpar dos cuidados é de salientar a degradação física das instalações, o que constitui um constrangimento ao desenvolvimento eficiente da sua atividade. Porém, tendo em conta a conjetura macroeconómica atual e o contexto jurídico-financeiro do setor da saúde, o CHLN procurou e procura atingir o equilíbrio entre o necessário e o possível. Tal facto só é possível com uma capacidade estoica de modulação dos recursos e com uma gestão de proximidade.

Relativamente ao SU o número de urgências em 2013 foi de 210552, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 4% relativamente ao ano transato. Aliás, no que se refere ao último triénio há um decréscimo da procura da Urgência do CHLN como podemos verificar na tabela 1 – Atendimentos na Urgência e no gráfico 1 – Atendimentos na Urgência.

Quadro 1 - Atendimentos na Urgência (adaptado do Relatório e Contas, 2013)

Urgências	2011		2012		2013		Δ% 12/11	Δ% 13/12
	n	%	n	%	n	%		
Urgência Central	189.022	12,1	162.702	13,4	155.666	13,3	-13,9	-4,3
Urgência Ginecológica	5.738	3,4	4.650	3,4	4.683	3,8	-19,0	-0,7
Urgência Obstétrica	11.751	24,8	10.427	24,1	10.209	23,6	-11,3	-2,1
Urgência Pediátrica	47.138	3,5	42.450	3,9	39.994	3,8	-9,9	-5,8
Total	253.649	10,9	220.229	11,9	210.552	11,8	-13,2	-4,4

Gráfico 1 - Atendimentos na Urgência (adaptado do Relatório e Contas, 2013)



Neste contexto, segundo a triagem de Manchester constatou-se que:

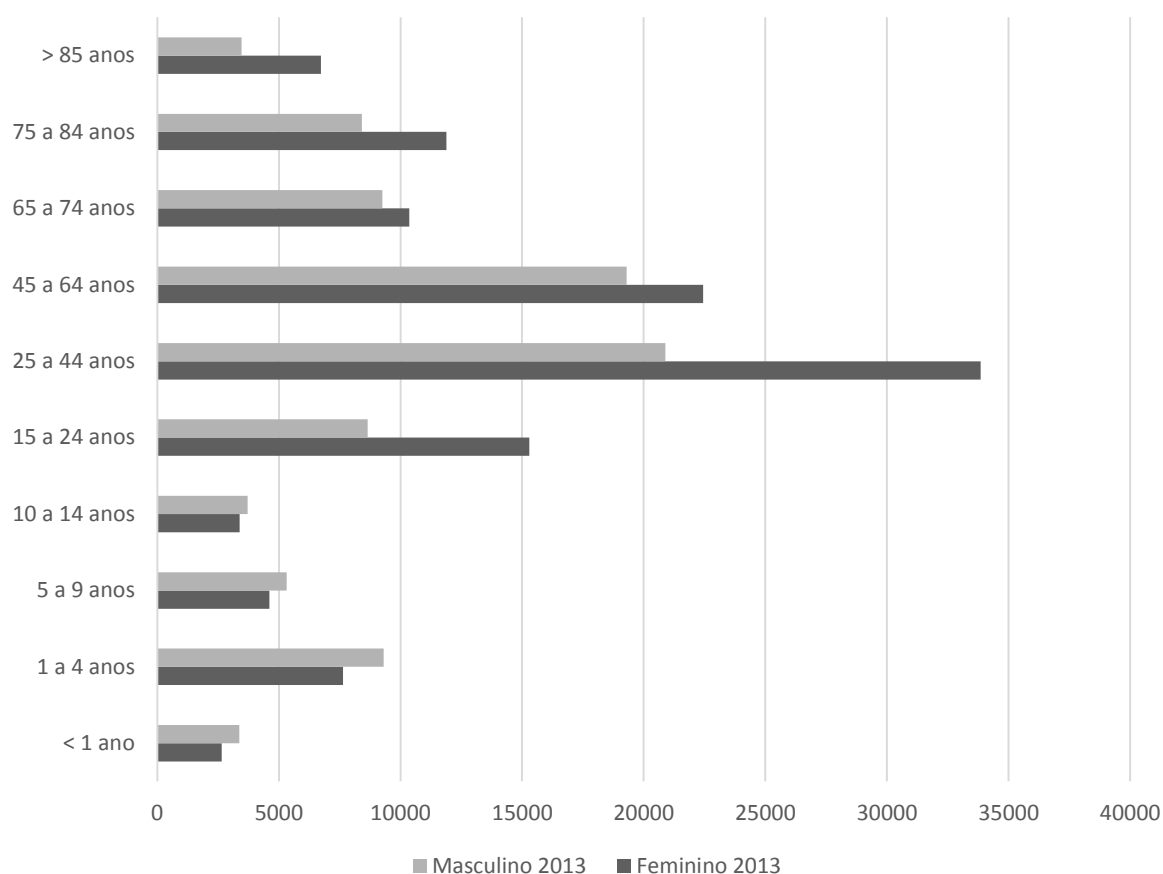
- Em 2013, 36.4% dos atendimentos foram classificados com a cor verde – mais 4.3% do que em 2012;
- Os atendimentos com a classificação – vermelho e laranja – diminuíram relativamente ao ano anterior; 12.6% e -8.7%, respetivamente.

No que respeita ao género e ao grupo etário predominaram o género feminino e a população adulta – idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos – como se pode verificar na tabela 2 – Urgência por Género e Grupo Etário e no gráfico correspondente.

Quadro 2 - Urgência por Género e Grupo Etário (adaptado do Relatório e Contas, 2013)

	Feminino			Masculino		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
< 1 ano	4225	3126	2647	5009	4026	3375
1 a 4 anos	9521	8433	7637	11755	10313	9311
5 a 9 anos	5707	4748	4616	6562	5369	5321
10 a 14 anos	4395	3553	3384	4678	3820	3720
15 a 24 anos	18280	15119	15301	10927	9137	8653
25 a 44 anos	41536	34733	33857	27635	22403	20896
45 a 64 anos	26121	23099	22448	22989	20043	19297
65 a 74 anos	12235	10893	10356	10592	9570	9251
75 a 84 anos	12981	12801	11882	8997	9107	8410
> 85 anos	6358	6563	6723	3146	3346	3467
Total	141359	123068	118851	112290	97161	91701

Gráfico 2 - Urgência por Género e Grupo Etário (adaptado do Relatório e Contas, 2013)



Finalizando, no SU do HSM há um decréscimo evidente no número de ocorrências contudo esta diminuição não é estatisticamente significativa. Porém, estes dados são surpreendentes na medida em que quando se aborda o caos nas urgências se culpabiliza a forte afluência aos SU, que de acordo com o próprio Ministério da Saúde é cada vez maior (Costa, 2015).

No que respeita à temática em estudo – a qualidade dos SU em particular do HSM através da satisfação dos utentes – é de salientar que o CHLM tem demonstrado uma preocupação constante, aplicando formulários *on-line* para avaliar a satisfação dos utentes em cinco áreas distintas: consulta externa, internamento, urgência, alimentação do CHLM – refeitório – e alimentação do CHLM – internamento.

Os questionários avaliam as condições sociodemográficas e as seguintes dimensões da satisfação: acesso à consulta/tratamento, pessoal de secretariado e apoio, condições das instalações/sala de espera, condições das instalações/gabinete médico, equipa médica, enfermagem, outros profissionais, pessoal auxiliar e qualidade global do serviço prestado (Ministério da Saúde, 2015).

2.1.2 Qualidade em Saúde

2.1.2.1 Conceito de Qualidade em Saúde

“O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa. É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços” (Base XXX, Lei nº47/90 de 24 de Agosto)

O termo qualidade deriva do latim *qualis* que significa – tal e qual como as coisas são. A subjetividade inerente ao conceito de qualidade dificulta a sua interpretação podendo assumir diferentes significados em função das pessoas e do contexto. Contudo, é considerada universalmente como algo que afeta positivamente a vida das organizações e a vida de cada um de nós (Rego, 2008; Gomes, 2004).

Procurar definir qualidade é desafiante tendo em conta a sua complexidade e multidimensionalidade. António e Teixeira (2009) vão mais longe e consideram que a própria filosofia da qualidade adota uma posição de inexistência de uma definição absoluta e universal.

O conceito de qualidade despontou, após a primeira guerra mundial, no contexto industrial, particularmente na indústria japonesa. Posteriormente o conceito foi aplicado a toda a atividade humana (Gomes, 2004).

Neste contexto, surgiram diferentes teorias, sendo que William Edwards Deming é considerado, por grande parte dos investigadores, como o verdadeiro precursor da qualidade. De acordo com a sua filosofia o envolvimento das estruturas de gestão é imprescindível. Deming, baseado no trabalho desenvolvido pelo estatístico Walter Shewart, aplicou uma ferramenta – o ciclo da melhoria continua – *Plan, Do, Check, Action*:

- *Plan*: Definir objetivos;
- *Do*: Estabelecer os Instrumentos de Medida;
- *Check*: Desenvolver as mudanças;
- *Action*: Testar as mudanças (Gomes, 2004; Pires, 2004; António & Teixeira, 2009; Pinto *et al.*, 2010).

Por outro lado, Joseph Juran, define qualidade como sendo a adequação de um produto à utilização pretendida, aproximando o conceito à perspetiva do utilizador. Para Juran o processo de gestão de qualidade tem três fases: planeamento, controlo e melhoria. Juran

acrescenta ainda que deverão ser criadas equipas de projeto para cada uma destas fases (Gomes, 2004).

Mais tarde surge um novo contributo para a teoria da qualidade por Philip Crosby que introduz a ideia de que a qualidade é gratuita defendendo o conceito de zero defeitos ou produção sem defeitos (Gomes, 2004).

Destaca-se ainda o contributo de David Darvin que descreveu diferentes dimensões da qualidade defendendo que as organizações devem identificar as dimensões de qualidade que observem como prioritárias. Deste modo, enfatizou a importância de as organizações considerarem a qualidade como um forte elemento estratégico (Gomes, 2004).

Parasuraman, Zeithaml e Berry também refletiram sobre esta temática distinguindo a prestação de serviços da produção de produtos, sendo a qualidade de um serviço avaliada em função da qualidade técnica e funcional do mesmo (Gomes, 2004).

Neste contexto, Carapeto e Fonseca (2006) e Lobo (2008) consideram que a qualidade de um serviço é mais difícil de mensurar pois “um serviço é uma experiência perecível e intangível prestada a um cliente em que ele próprio é coprodutor”. Os serviços possuem características que os diferenciam dos produtos, tais como:

- Intangibilidade: não podem ser vistos, tocados ou provados antes de serem comprados;
- Inseparabilidade: os serviços são produzidos e consumidos em simultâneo;
- Variabilidade: variam consoante quem produz, quando e onde são prestados;
- Perecibilidade: não podem ser armazenados sendo a produção acionada pelo cliente e o consumo imediatos (Lobo, 2008).

De salientar que a preocupação com a qualidade não se limita aos produtos e serviços, expande-se a todas as áreas da organização e todos os envolvidos nos processos: clientes, fornecedores, colaboradores, acionistas e a sociedade em geral.

Deste modo, no final do século XX foi progressivamente introduzido o conceito de Qualidade Total. Surge a Gestão da Qualidade Total [GQT] que assenta em três princípios fundamentais: orientação para o cidadão-utilizador, identificando as suas necessidades e expectativas; melhoria de processos, considerada como um conjunto de operações executadas e articuladas entre si e que cria obrigatoriamente valor acrescentado e, por fim, envolvimento total (Gomes, 2004).

Em Portugal, o conceito de GQT começa a ser aplicado aos serviços da Administração Pública na década de 90, sendo rapidamente transportado para os serviços de saúde. A GQT e a melhoria contínua da Qualidade são os exemplos importados dos modelos industriais mais difundidos na área da saúde (Rego, 2008).

A qualidade em saúde é então definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do cidadão” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

“É o nível de prestação de serviços que assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis e minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis na prestação desses serviços, tendo em conta o estado da arte em matéria técnico-científica e a maximização da sua efetividade ao melhor custo” (ULSM, 2010).

Para Heater Plamer citado por Pisco e Biscaia (2001) a qualidade em saúde é “um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utilizadores para os cuidados recebidos”.

Segundo o *Institute of Medicine dos EUA* qualidade em saúde é “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingirem resultados de saúde desejados”.

Para Carapeto e Fonseca (2006) o cidadão deverá constituir o núcleo do sistema de qualidade o que implica uma administração próxima do mesmo, que assegure a sua participação na gestão.

Como se pode verificar nesta breve explanação existem várias perspetivas críticas da qualidade tornando o seu conceito complexo e multifacetado. Desta forma, António e Teixeira (2009) consideram que a qualidade deve ser encarada como um processo político, cultural e social em vez de ser meramente técnica e operacional.

No seguimento deste raciocínio, Scheckler (1996) citado por Fonseca, Yamanaka, Barison e Luz (2005) refere que a qualidade não é apenas uma filosofia de gestão mas sim uma nova filosofia de vida, uma nova postura comportamental, não unicamente para produzir mais, mas sim melhor, com menor custo, menor desperdício e menos trabalho.

Provavelmente a definição mais simples de qualidade foi proferida por Deming que afirmou que qualidade significa “fazer o que é correto e da forma correta”. Na área da saúde isto significa oferecer serviços seguros e eficazes e que satisfaçam as necessidades e desejos dos doentes.

Para Pisco e Biscaia (2001) a qualidade é um tema bastante atual resultante do desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilização perante a sociedade – *accountability* – nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança e no crescente interesse pela avaliação do grau de satisfação dos utilizadores e dos resultados obtidos.

2.1.2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde

De forma a mensurar a qualidade em saúde utilizam-se, por norma, determinados atributos que variam entre autores e que serão apresentados por ordem cronológica.

Donabedian, licenciado em medicina e mestre em saúde pública na Harvard School of Public Health, considera que a qualidade em saúde deverá ser definida com base nos seguintes atributos:

- Eficácia: capacidades dos cuidados contribuir para a melhoria do estado de saúde;
- Efetividade: quantidade de melhorias possíveis na condição de saúde do doente;
- Eficiência: capacidade de obter o maior número de melhorias ao menor custo;
- Otimização: relação mais favorável entre benefícios e custos;
- Aceitabilidade: conformidade com as preferências dos utilizadores no âmbito da acessibilidade, relação médico-doente, amenidades, efeitos e custos dos cuidados;
- Legitimidade: conformidade com as preferências sociais;
- Equidade: igualdade na distribuição dos cuidados (Donabedian, 1980).

Em 1983, Palmer enumerou os seguintes atributos: eficácia, eficiência, competência, acessibilidade e aceitabilidade.

Outra das listagens mais consensuais foi apresentada por Maxweel em 1984 e que incluía: efetividade, aceitabilidade social, eficiência, acessibilidade, equidade e, relevância.

Parasuraman, Zeithaml e Berry em 1988 definiram a qualidade através de cinco dimensões: aspetos tangíveis, confiabilidade, conformidade, garantia e empatia. Desta definição surgiu a escala SERVQUAL que avalia a qualidade percebida através da comparação entre o servido percebido e a expectativa do serviço desejado. Esta escala será abordada posteriormente no capítulo destinado aos instrumentos de avaliação da qualidade por intermédio da satisfação dos utentes.

O PNS é mais abrangente e inclui uma panóplia de atributos: adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, sustentabilidade, oportunidade na prestação dos cuidados, comunicação e participação.

2.1.2.3 Avaliação da Qualidade em Saúde

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação constante e pertinente quer das Instituições de Saúde quer dos Governantes que se deparam com custos exponenciais dos cuidados de saúde, concomitantemente à limitação de recursos.

Para além disso, os utentes são cada vez mais exigentes e têm expectativas cada vez mais elevadas.

A área da avaliação em saúde encontra-se num processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, existindo uma constante evolução no que respeita aos instrumentos de apoio à decisão, necessários à dinâmica dos sistemas de saúde e à implementação de políticas de saúde.

Utilizando como fonte o PNS, a Qualidade em Saúde depende da intervenção dirigida a:

- Estrutura – recursos matérias e humanos, instalações e organização;
- Processos – qualidade técnica dos cuidados, adequação e validade da informação produzida, integração e continuidade dos cuidados;
- Resultados – reabilitação/recuperação do doente, controlo da doença crónica, capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (adaptação da trilogia de Donabedian).

A evolução do conceito de qualidade e a afirmação da qualidade total como filosofia de gestão integrada levou muitas organizações a procurarem linhas mestras para a sua implementação, recorrendo a múltiplos métodos e ferramentas da qualidade, que estimulam e ajudam a construir uma abordagem estruturada para a recolha de informação, respetiva análise e correspondentes tomadas de decisão em torno dos processos.

Neste sentido Campos (2009) destaca as seguintes ferramentas ou instrumentos: aplicação de protocolos e *guidelines* de boas práticas, utilização das Normas de Orientação Clínica e Organizacionais, fluxogramas, formulário de recolhas de dados, diagrama causa-efeito, histogramas ou diagrama de frequência, reconhecimento de competências técnicas dos prestadores e das instituições através da acreditação, avaliação, *balanced scorecard*³ e *benchmarking*⁴ entre organizações com recurso a indicadores internacionais – exemplo: *Internacional Quality Indicator Project*⁵. A adesão a estas medidas contribuiria para a melhoria

³ **BSC** é uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida por Kaplan e Norton.

⁴ **Benchmarking** é um processo positivo e pró-ativo, de comparação, através do qual uma empresa avalia outra empresa – comparação interpares – no desempenho de uma determinada função a fim de melhorar o seu próprio desempenho.

⁵ O **IQIP** inclui um conjunto de indicadores de desempenho para diferentes tipos de cuidados.

dos resultados e, consequentemente, para aumentar a credibilidade de uma organização (Campos, 2009).

Atualmente, as necessidades de gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde, as imposições legais, a supervisão de entidades governamentais, entre outros fatores, impulsionam as organizações a implementar programas específicos no âmbito da qualidade. É, por isso, relevante referir as duas ferramentas mais utilizadas, para medição da qualidade, em contexto hospitalar: a certificação da *International Organization for Standardization [ISO] 9001* e a acreditação hospitalar (Campos, 2009).

A primeira, estabelece convenções aceites em mais de 158 países sendo, por isso, a mais conhecida e aceite no mundo. O facto de uma organização se encontrar em conformidade com a certificação da *ISO*, significa que possui uma abordagem sistemática para que os produtos ou serviços fornecidos respondam às expectativas dos clientes. Os meios que devem ser adotados para satisfazer essas exigências não são especificados para que a organização tenha flexibilidade de forma a ajustar as medidas necessárias ao seu contexto económico, social e cultural (Campos, 2009).

No que diz respeito à acreditação esta define-se como um processo geralmente voluntário, desenvolvido por uma entidade externa à organização, que concede um reconhecimento à mesma, garantindo o cumprimento dos padrões necessários à constante melhoria da estrutura (infraestruturas, recursos humanos, organização), dos processos (modo como os cuidados são efetivamente prestados) e dos resultados (tratamento, reabilitação, satisfação, sequelas, morte). Em Portugal, compete ao departamento da Qualidade na Saúde⁶, integrado na Direção Geral de Saúde a aplicabilidade do programa, desenvolvido por colaboradores do departamento, intitulado: Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Este é sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português e tem como objetivo reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho espontâneo na melhoria contínua da qualidade (DGS, 2013, Campos, *et al.*, 2009).

Em suma, a qualidade é um processo complexo, que exige dedicação por parte de todos os profissionais que laboram em organizações de saúde, não devendo ser desvalorizada pois, ao contrário do que é comumente presumido, promove o aumento da eficiência, ou seja, melhores resultados sem desperdício de recursos. Deve ser avaliada

⁶O **departamento de qualidade**, assumindo o papel principal na coordenação da estratégia nacional para a Qualidade na Saúde, tem como missão: promover uma cultura de melhoria contínua da qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, em benefício dos cidadãos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde. No departamento de qualidade da DGS podemos encontrar algumas normas, orientações e informações relativos a conceitos, prescrições e procedimentos técnicos para que a prática clínica seja, efetivamente, baseada na evidência científica de forma a assegurar os melhores e mais seguros cuidados de saúde aos cidadãos, sem desperdício de recursos, o que no contexto atual tem grande relevância (DGS, 2013).

regularmente e os resultados devem ser conhecidos para que, por um lado, os erros possam ser corrigidos, por outro, possam ser incentivados os que prestam os melhores cuidados.

Apesar de se reconhecer a importância da mensuração da avaliação da qualidade em saúde e havendo obrigatoriedade legal, em Portugal não existe um sistema de inquirição periódica da satisfação dos utentes. Para além disso, os estudos realizados sobre este tema são heterogéneos, tanto nas metodologias utilizadas como nas dimensões de satisfação que são avaliadas. As investigações relativas aos sistemas de qualidade permanecem teóricas, tendo pouco relevo na prática, nos valores, nas crenças e nos pressupostos, ao invés de promoverem alterações no quotidiano da atividade clínica (Campos, *et al.*, 2009; Sousa, 2012; DGS, 2013).

2.1.3 Satisfação do Utente

2.1.3.1 Conceito de Satisfação do Utente

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea o termo Satisfação provém do latim *satisfactio* e é definida como sendo “o acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”; “sentimento de bem-estar”; “contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser medida através da recolha da opinião. A satisfação enquanto atitude compreende aspetos afetivos, cognitivos e avaliativos e pode ser entendida como a consequência da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada indivíduo (Graça, 1999).

Carr-Hill (1992) refere que a “satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de fatores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade”.

Corroborando o autor supracitado, Ribeiro (2005) menciona no seu estudo que a satisfação é uma perceção pessoal relacionada com a concretização de uma expectativa sendo, por isso, resultado das boas práticas. O mesmo autor acrescenta que existem diversos fatores que poderão influenciar o grau de satisfação dos utentes, nomeadamente, características do próprio indivíduo, experiências prévias e variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos.

Apesar da existência de múltiplos fatores há claramente dois que se destacam: a expectativa e a perceção efetiva dos cuidados recebidos. Desta forma, a satisfação pode ser

definida como o resultado da diferença entre as expectativas do utente e a perceção dos cuidados recebidos. Quando maior a diferença entre estes fatores menor será a satisfação e vice-versa (Graça, 1999). Ao estimarmos a satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados, na perspetiva dos utentes.

Por outro lado, Hespanhol (2005) refere que para além das expectativas e da perceção consciente dos cuidados existe outro fator – as suposições inconscientes dos utentes.

No seguimento do exposto vários investigadores e organizações têm realçado a importância de ouvir os doentes, argumentando que são os que melhor conhecem o resultado desejável. Para além disso, os doentes são cada vez mais parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão (WHO, 2000). A sua participação na implementação de melhorias dos serviços de saúde é essencial pois são eles os destinatários das mesmas, são eles que sentem os problemas e necessidades e, consequentemente são quem melhor pode auxiliar a encontrar soluções adequadas (Pisco, 2001).

Roborando o que foi dito, Ribeiro (2005) refere que o utente é o elemento chave para a avaliação dos serviços prestados pelos profissionais das instituições bem como para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Desta forma, a satisfação dos utentes é um indicador de qualidade dos serviços prestados. Os utentes são capazes de identificar a qualidade do seu sistema de saúde. O utente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. O utente é uma fonte de informação de carácter gratuito e espontâneo, que não pode ser desvalorizada. É imprescindível que as organizações de saúde aprendam a analisar e retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

Concluindo, todos os autores consultados são unânimes em asseverar que o conceito de satisfação não é de fácil operacionalização devido à sua natureza multidimensional. Porém, num sistema de saúde cada vez mais competitivo emerge a necessidade de satisfazer os utentes de forma a alcançar o êxito clínico.

2.1.3.2 Dimensões da Avaliação da Satisfação dos Utes

A satisfação é constituída por um conjunto de dimensões e condicionantes singulares. Vários autores debruçaram-se sobre esta temática criando classificações das dimensões da satisfação dos utentes que seguidamente serão apresentadas por ordem cronológica.

Segundo Ware, Davies-Avery e Stewart (1978) a satisfação dos utentes pode ser classificada em oito dimensões: arte dos cuidados/estilo interpessoal ou comportamento

interpessoal, qualidade técnica dos cuidados, acessibilidade e conveniência, financiamento ou forma de pagamento dos serviços, ambiente físico, disponibilidade dos prestadores, continuidade dos cuidados e eficácia dos cuidados.

Para Linder-Pletz (1982) as dimensões da satisfação dos utentes são dez, e passo a citar: acessibilidade, disponibilidade de recursos, continuidade de cuidados, resultados dos cuidados, financiamento, humanidade, recolha de informação, dádiva de informação, ambiente agradável e competência.

Meterko e Rubin (1990) identificaram seis dimensões: enfermagem e cuidados diários, ambiente hospitalar envolvente e o pessoal auxiliar, cuidados médicos, informação, admissão, alta e pagamento.

Gasquet (1999) apresenta apenas quatro dimensões: satisfação global, relações interpessoais, aspetos técnicos dos cuidados e prestações não clínicas.

Em 2003, Westaway *et al.*, baseando-se no modelo de Donabedian – Estrutura, Processo e Resultados – dividiram as dimensões da satisfação em duas classes: características da prestação – simpatia, empatia, respeito, consideração, entreaajuda, apoio, recetividade, expectativas, competência, informação e comunicação e, características do serviço – manutenção do contacto, equidade, disponibilidade, tempo de espera, limpeza, privacidade, custo de atendimento e marcação.

Apesar da existência de diversas classificações parece unânime que os utentes valorizam a relação interpessoal que se estabelece com os profissionais de saúde. No seguimento do que foi referido, outro fator determinante na satisfação dos doentes com os cuidados que lhe foram prestados está relacionado com aspetos comunicacionais e com a informação dada ao doente acerca do seu problema e tratamento.

A admissão é outra dimensão que parece ter uma grande influência na satisfação do doente uma vez que é a primeira imagem que o doente absorve, sendo fulcral que o doente fique, desde logo, com uma imagem de disponibilidade por parte de toda a equipa. As primeiras impressões são, por vezes, as que mais perduram pelo que os profissionais de saúde deverão desenvolver esforços no sentido de revelarem interesse, simpatia e compreensão nesta fase.

Concluindo, índices de satisfação elevados estão fortemente dependentes das características do prestador, do serviço ou da organização que por sua vez estão relacionadas com uma boa comunicação, empatia e cuidados personalizados.

2.1.3.3 Fatores que influenciam a Satisfação dos Utentes

Conhecer os fatores que influenciam a satisfação dos utentes no âmbito dos serviços de saúde é um processo complexo, como se pode verificar pelos inúmeros estudos efetuados neste âmbito que apresentam resultados controversos.

Segundo grande parte dos investigadores, as variáveis socioeconómicas – idade, género, grau de escolaridade, estado civil e classe social – exercem influência direta na satisfação dos utentes, comparável à própria prestação dos cuidados de saúde, porém outros tantos deixaram de valorizar estas variáveis como preditores da satisfação.

A idade é a variável que apresenta maior concordância nos estudos sendo por isso a variável que maior influencia a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde. Múltiplos estudos sugerem que os idosos têm maior grau de satisfação, facto que poderá resultar da forma mais gentil como tendem a ser tratados, de terem expectativas mais modestas ou de terem menor preparação para criticarem aspetos negativos (Gasquet, 1999; Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001).

Segundo a maioria dos autores consultados o género tem uma influência pouco significativa na satisfação do utente contudo, para Sitzia e Wood (1997) o género feminino é mais crítico quanto à prestação dos cuidados de saúde. Os mesmos autores referem que a satisfação global com os cuidados prestados é significativamente maior nos homens e que as mulheres são mais exigentes com os horários e com a privacidade.

O nível de escolaridade também influencia a satisfação dos utentes: níveis de escolaridade mais baixos estão associados a níveis de satisfação menores particularmente nas dimensões «informação e apoio» e «continuidade e cooperação», enquanto que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos no que respeita à organização dos serviços. De salientar que o nível de escolaridade tem relação direta com a literacia para a saúde (Hall & Dorman, 1990).

Relativamente à situação socioeconómica Strong, citado por Carr-Hill (1992) refere que os profissionais de saúde tendem a comunicar mais com os utentes de classe média. Por outro lado, os doentes com problemas sociais manifestam níveis de satisfação mais elevados quando os profissionais de saúde são mais dedicados do ponto de vista emocional favorecendo as relações interpessoais.

Um outro fator importante é o estado de saúde do utente prévio e após intervenção. O estado físico e psicológico prévio e a gravidade da doença associada ao estado psicológico, podem afetar a perceção dos cuidados prestados, condicionar os próprios resultados e a satisfação. Os utilizadores que relatam um mau estado de saúde têm menor probabilidade de se encontrarem satisfeitos com o sistema de saúde (Bleish, Ozaltin & Murray, 2009). Por outro

lado, as alterações produzidas no estado de saúde do utente são resultado dos cuidados de saúde que foram prestados, deste modo, uma melhoria no estado de saúde está associada a maior satisfação e o inverso também se verifica (Ribeiro, 2005).

2.1.3.4 Instrumentos de Medida para Avaliação da Satisfação dos Utentes

Como já foi por diversas vezes repetido ao longo desta dissertação, a satisfação dos utentes é um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Para que esta avaliação seja realizada de forma precisa é impreterível a utilização de instrumentos válidos e fiáveis do ponto de vista psicométrico. Instrumentos com estas propriedades permitem assegurar que as diferenças dos resultados observados representam adequadamente as variações da satisfação dos pacientes e não o erro de medida – validade – e permitem assegurar a existência de uma estabilidade dos níveis de satisfação mesmo que a avaliação seja realizada em condições diferentes – fiabilidade (Ribeiro, 2005).

Existem diversos instrumentos e métodos para avaliar a satisfação dos utentes, tais como: questionários, urnas de sugestões, telefonemas e entrevistas (Vilares e Coelho, 2005).

Seguidamente enumeram-se os instrumentos de medida, mais mediáticos, através de uma abordagem que incide sobretudo na avaliação dos cuidados de saúde em Portugal.

- **ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos:** projeto iniciado em 1999 que visa a avaliação permanente da satisfação dos utentes utilizadores dessa unidade através de inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes, em diversos locais da ULSM. O estudo mais recente data de Novembro de 2014 e pretendeu avaliar a satisfação dos utentes da Urgência Geral e Ginecológica/Obstétrica do Hospital Pedro Hispano. As dimensões avaliadas foram: admissão, comunicação com os médicos, comunicação com os enfermeiros, informações e apoio, comunicação com outro pessoal, instalações e satisfação global (ULSM, 2010a).
- **QUASU – Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente:** realizado no contexto de um protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e o Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, levado a cabo entre 1997 e 2000 na Região Norte, efetuado com o propósito de avaliar a satisfação global dos utilizadores do serviço de saúde e as seguintes dimensões: acesso, qualidade técnica, despesas,

comunicação/informação, relações interpessoais e coordenação da equipa. O estudo foi alargado aos três tipos de serviços: consulta externa/ambulatório, internamento e serviço de urgência/serviço de atendimento permanente. O Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente é constituído por 47 questões de resposta fechada e por uma resposta aberta onde se pretendia avaliar a satisfação global do utente (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001).

- **EUROPEP – *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice***: é um instrumento internacional normalizado para avaliar a medicina geral e familiar e foi desenvolvido para permitir a comparação internacional dos resultados e desta forma, auxiliar os decisores políticos a melhorar os cuidados de saúde primários da Europa. Foi desenvolvido entre 1995 e 1999 e é constituído por cinco dimensões relevantes na prática clínica da medicina geral e familiar: relação médico utente, assistência médica e técnica, informação e apoio, organização dos serviços e acessibilidade.
- **ECSI Portugal – *European Customer Satisfaction Index Portugal***: é um sistema de medida da qualidade dos bens e serviços através da satisfação do cliente, ou seja, não é específico da área da saúde produzindo resultados relativos à qualidade de diversos setores de atividade da economia portuguesa. Teve início em 1989, na Suécia, sendo que em Portugal surge em 1998. É constituído por uma parceria entre o Instituto Português de Qualidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o ISEGI-UNL. O modelo estrutural do ECSI é constituído por um conjunto de equações que definem as relações entre as sete variáveis latentes: imagem da empresa, expectativas dos clientes sobre a empresa, qualidade apercebida sobre os produtos e serviços da empresa, valor apercebido ou relação qualidade/preço dos mesmos, satisfação, tratamento das reclamações e lealdade do cliente (ECSI, 2014).
- **Projeto MoniQuOr: Monitorização da Qualidade Organizacional** – projeto desenvolvido entre 1998 e 2004, elaborado com base nos critérios do modelo de auto-avaliação da *European Foundation for Quality Management*. É um instrumento de avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde que visa contribuir para a melhoria contínua dos cuidados primários, para o

aumento da satisfação dos profissionais e para a melhoria da organização e gestão dos centros de saúde. É constituído por 163 critérios agrupados em seis áreas – organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos – e 23 subáreas de avaliação ao nível do desempenho (Pisco, 2005).

- **Escala SERVQUAL:** Como já foi anteriormente referido esta escala resultou das investigações de Parasuraman, Zeithaml e Berry que se iniciaram em 1985. Este modelo é desconfirmatório porque resulta da diferença de duas grandezas: qualidade esperada e qualidade obtida. Inicialmente era constituída por dez dimensões mas após testes sucessivos foi reduzida para cinco: tangíveis, fiabilidade, atendimento/capacidade de resposta, segurança e empatia. A primeira agrega os aspetos físicos relativos às instalações, equipamentos, materiais e empregados. A fiabilidade agrega aspetos ligados à prestação dos serviços. O atendimento/capacidade de resposta relacionasse com o tempo, rapidez e pontualidade. No que respeita à segurança inclui questões de confiança, consistência e previsibilidade. Por fim, a empatia relaciona-se com aspetos relacionais (Saias, 2007; Vilarés e Coelho, 2005).
- **GPAS – The General Practice Assessment Survey:** foi desenvolvido pelo *National Primary Care Research* e o *Development Centre of Manchester* e foi baseado num instrumento concebido nos Estados Unidos o *Primary Care Assessment Survey*. É bastante completo, constituído por 53 questões subdivididas pelas seguintes dimensões: acesso, admissão, continuidade de cuidados, qualidade técnica, comunicação, relações interpessoais, confiança, conhecimento do utente, cuidados de enfermagem, referência, organização, recomendação e satisfação global (Ramsay, Campbell, Schoter, Green & Roland, 2000).
- **Projeto ComuniCare:** Resulta de uma parceria entre a Unidade de Missão Hospitais SA e os colaboradores dos ECSI Portugal. Este projeto decorreu entre 2003 e 2005 e pretendeu identificar áreas chave para a satisfação dos utentes dos hospitais identificando possíveis melhorias através dos pontos fracos detetados. Ambicionava, posteriormente, iniciar um processo de monitorização periódica de forma a permitir a execução das melhorias para

os pontos fracos detetados. A Unidade de Missão pretendeu com este projeto lançar um sistema independente de avaliação regular da qualidade apercebida e da satisfação dos Hospitais SA. Em 2003 iniciou-se a avaliação dos Internamentos e em 2005 o estudo foi alargado às valências de Consultas externas e de Urgências. Em 2008 a ACSS pretendeu dar continuidade a este projeto, incluindo as três valências supramencionadas. Em 2009 surge mais uma valência, cirurgia de ambulatório sendo efetuado um estudo em 39 Hospitais EPE e 23 Hospitais SA para os quais foi garantida a representatividade dos resultados (Pereira, *et al.*, 2009). É com base no inquérito utilizado neste projeto que o estudo da presente dissertação é desenvolvido. A estrutura do questionário e as respetivas dimensões serão expostas no capítulo 3.3.

2.1.3.5 Estado da Arte: Satisfação do Utente com os SU

A constatação de que um vasto número dos doentes internados é admitido por intermédio dos SU indica que, de facto, as Urgências são, frequentemente, a porta de entrada nos hospitais (Hall & Press, 1996). Segundo Nascimento e Jesuíno (2003) 21% dos indivíduos que constituíram a amostra do estudo que desenvolveram na região de Lisboa recorre ao serviço de urgência frequentemente.

No que concerne à população que utiliza os SU importa salientar que apresenta, no geral, uma faixa etária correspondente aos idosos, contrastando com os restantes serviços hospitalares (Hall & Press, 1996).

Quanto aos profissionais que laboram neste serviço Schwab (2000) salienta que é a empatia do prestador para com os utentes, com os quais tem contacto, em média, durante dez minutos que conduz a maiores níveis de satisfação. Por outro lado, Mack *et al.*, (1995) considera que o grau de satisfação com os SUs poderá variar conforme fatores de índole cultural e diferenças significativas nos sistemas de saúde.

No seguimento deste contexto e tendo em conta a investigação efetuada sobre a satisfação dos utentes com os SU, as dimensões mais relevantes de serem avaliadas são: relação interpessoal dos profissionais da classe médica e enfermagem, comunicação/informação, qualidade dos cuidados, tempo de espera e pagamento (Donabedian, 1988; Hall & Press, 1996).

No que respeita às variáveis que poderão influenciar o nível de satisfação dos utentes com os SU Blizzard (2002) evidenciou no seu estudo que o género masculino manifesta níveis de satisfação superiores o que vai de encontro aos estudos efetuados noutros serviços

hospitalares. Blizzard (2002) justifica que esta tendência poderá estar relacionada com a menor procura de cuidados preventivos, por parte dos homens e, consequente utilização das Urgências para substituição das idas regulares ao médico.

Relativamente ao nível de satisfação com os SU, apresentam-se de seguida alguns resultados de estudos efetuados.

O estudo efetuado na ULSM que pretendeu avaliar a satisfação dos utentes do Hospital Pedro Hispano [HPH] no que respeita aos SU Geral e Ginecológica/Obstétrica incluiu uma amostra de 416 utentes. Destes, 89.9% recomendariam os SU do HPH a familiares ou a amigos. O índice de Satisfação foi bastante elevado nas diversas dimensões avaliadas rondando os 65% (ULSM, 2010a).

No estudo efetuado em 2008 por Pereira *et al.*, e que vem dar continuidade ao programa ComuniCare suprarreferido pretendia-se medir a qualidade apercebida e a satisfação dos utentes através de 11 dimensões: imagem, tempo de espera, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, família, qualidade global apercebida, resolução das reclamações, satisfação e lealdade. Foi utilizada uma escala de Likert de 10 pontos. Verificou-se que:

- A maioria dos indicadores teve uma cotação entre 7 e 8 pontos; Referem-se de seguida os que não correspondem a estes valores.
- O tempo de espera para ser atendido regista o menor valor médio – 6,0 pontos;
- Os profissionais de saúde receberam o maior número de pontos sendo que os médicos obtiveram 8,1 pontos, os enfermeiros superaram o valor obtido pelos médicos tendo a cotação de 8,4 pontos e os técnicos que realizam exames e tratamentos igualam o valor obtido pelos médicos;
- Cerca de 58% dos utentes pagou taxa moderadora enquanto 42% não pagou;
- Dos 10% dos utentes que apresentaram reclamações a avaliação média da forma de resolução da sua reclamação foi de 4,3 pontos sendo que possuíam uma expectativa de resolução superior – 6,3 pontos (Pereira, *et al.*, 2008).

É de salientar que em 2009, foi efetuado o mesmo estudo, registando-se, de um modo geral, evoluções positivas sendo de salientar que a evolução mais expressiva é apresentada na variável espera (4,3 pontos).

Outro estudo recente – Outubro de 2013, efetuado pela defesa do consumidor [DECO] que pretendeu averiguar a opinião dos utentes sobre o funcionamento dos SU, concluiu que quase metade dos doentes que recorreram às urgências hospitalares fê-lo por não conseguir ser atendido nos centros de saúde ou porque se sentiu mal fora do horário de funcionamento dos mesmos. Em 2009, a DECO tinha desenvolvido o mesmo estudo e, à data, apenas um quarto dos inquiridos tinha evocado motivos idênticos para recorrer ao

hospital. Refere o mesmo estudo que um dos motivos para que tal aconteça se prende com a convicção de que existem melhores condições de tratamento e de que os profissionais são mais eficientes em meio hospitalar, por estarem mais habituados a lidar com situações graves. Importa ainda salientar que, de acordo com o estudo analisado, o problema de saúde apresentado não requeria, na maioria das vezes, tratamento urgente sendo que apenas 13% obtiveram pulseira vermelha ou laranja, na triagem. Relativamente ao tempo de espera, aumentou ligeiramente por comparação com estudos anteriores, contudo, este aumento não se refletiu no nível de satisfação. Por fim, a DECO menciona que 12% dos portugueses não foram às urgências por falta de condições financeiras (DECO, 2014).

Em suma, um episódio de urgência acarreta características peculiares como a carga emocional, impessoalidade e brevidade do atendimento, para além do risco inerente. Hall e Press (1996) consideram a satisfação dos doentes com os SU como o elemento fulcral da gestão em saúde.

2.2 Formulação do Problema de Investigação

O debate em torno da qualidade da prestação de cuidados de saúde tem vindo a merecer particular destaque junto da comunidade científica, sobretudo a avaliação por intermédio da satisfação dos utentes, por se considerar que o utente constitui o elemento central das instituições de saúde.

É consensual que a satisfação é difícil de operacionalizar devido à sua natureza multidimensional porém, reconhece-se que a opinião do utente relativamente aos cuidados de saúde é fulcral sendo vista como agente de mudança. Deste modo, a opinião dos utentes permite identificar e corrigir problemas.

Em Portugal, existem poucos estudos centrados na avaliação da satisfação dos utentes com os SU.

Tendo em conta os aspetos anteriormente apontados pretende-se neste estudo escutar a opinião dos utentes sobre o SU do HSM e avaliar a sua satisfação tendo em conta as dimensões que serão enumeradas mais à frente.

2.3 Objetivos de Investigação

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, serve de guião para uma orientação do investigador, de acordo com os conhecimentos que vai adquirindo (Fortin, 2009).

Os objetivos que foram delineados para esta investigação foram os seguintes:

- Avaliar a satisfação dos utentes com o SU do Hospital Santa Maria;
- Determinar a influência de um conjunto de variáveis previamente selecionadas como o género, idade, situação profissional, instrução escolar e estado de saúde na satisfação do utente;
- Contribuir para a reflexão desta temática, produzindo ferramentas potenciadoras de ganhos em saúde.

Posteriormente pretende-se analisar se os resultados encontrados na amostra do presente estudo se aproximam dos obtidos noutros estudos.

2.4 Questões de Investigação

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Neste contexto, uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e inequívoco cujos conceitos utilizados deverão ser definidos. Para além disso, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009).

Partindo dos objetivos que foram delineados, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Como se caracteriza a satisfação dos utentes com o SU do HSM?
- Qual a relação entre as diferentes variáveis sociodemográficas e a Satisfação do Utente com o SU do HSM?

2.5 Definição de Variáveis

Tendo por base o contexto anteriormente descrito definiram-se as variáveis e subdividiram-se em variável dependente e variáveis independentes.

A primeira sofre o efeito das variáveis independentes (Fortin, 2009).

A variável dependente é a Satisfação dos Utentes a qual integra um conjunto de dimensões:

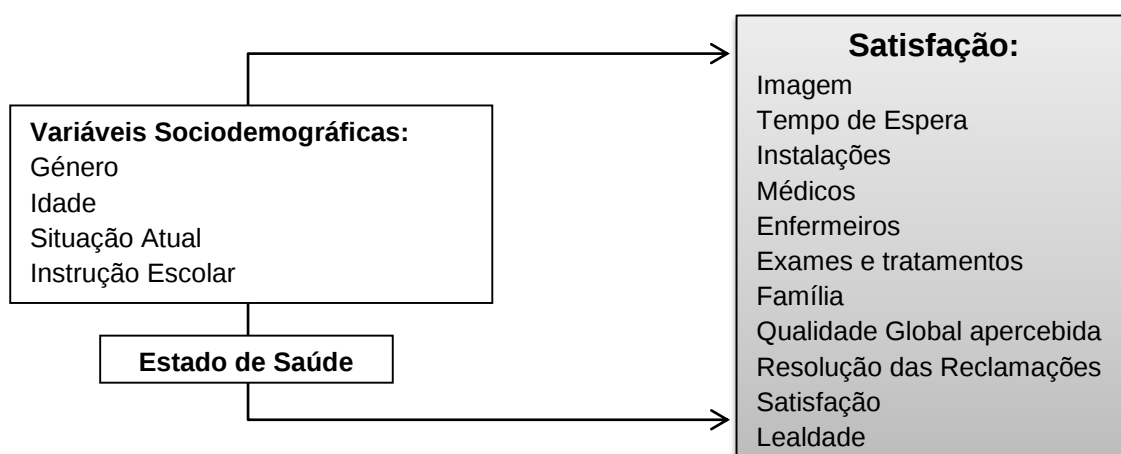
- Imagem,
- Tempo de espera,
- Instalações,
- Médicos,
- Enfermeiros,
- Exames e tratamentos,
- Família,
- Qualidade global apercebida,
- Resolução das reclamações,
- Satisfação e
- Lealdade.

As variáveis independentes são:

- Género,
- Idade,
- Situação Atual,
- Instrução Escolar e
- Estado de Saúde.

A articulação das variáveis estudadas é apresentada de forma esquematizada no modelo concetual representado na figura 1 – Modelo concetual da relação entre as variáveis.

Figura 1 - Modelo concetual da relação entre as variáveis



3. Fase Metodológica

Após concretização da fundamentação teórica, essencial para enquadrar e contextualizar a temática em estudo, segue-se a fase metodológica onde serão descritas as etapas metodológicas do estudo nomeadamente o desenho da investigação, definição da população e amostra, escolha do método de colheita de dados e análise dos mesmos e, por fim, serão abordadas as questões éticas do estudo.

É o investigador que determina os métodos necessários que deve utilizar para obter resposta às questões de investigação (Fortin, 2009).

A forma como os conceitos são definidos e medidos terá influência direta na validade dos resultados de investigação e, conseqüentemente, na validade teórica do estudo (Fortin, 2009).

3.1 Desenho da Investigação

Este estudo é do tipo descritivo-correlacional e transversal que utiliza uma perspetiva quantitativa. O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Os tipos de investigação quantitativa são: descritiva, correlacional e experimental. O presente estudo é descritivo-correlacional porque tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las e é transversal porque foi realizado durante um período de tempo delimitado Fortin, 2009).

3.2 População e Amostra

Quando se define o tema é necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação. A população estudada, designada de população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns. Como estudar a totalidade da população alvo nem sempre é possível, utiliza-se a população que está limitada a um lugar, região, cidade, centro hospitalar, isto é, uma amostra.

Para a seleção da amostra optou-se pelo método de amostragem não probabilístico acidental ou de conveniência. A amostragem não probabilística consiste em selecionar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população. A amostra acidental ou de conveniência consiste em selecionar indivíduos, pelo facto da sua presença num local determinando e num preciso momento. Constitui-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam no local e possuem os critérios de inclusão definidos, até que o número desejado

seja atingido. Entende-se por critérios de inclusão – características imprescindíveis dos elementos da amostra. Através dos critérios de inclusão selecionados pretende-se tornar a amostra o mais homogênea possível (Fortin, 2009).

Para o presente estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Utentes do HSM com idade compreendida entre os 15 e os 74 anos (à data de 30 de junho de 2014) e,
- Utentes que utilizaram o serviço de urgência no último trimestre do mesmo ano.

De salientar que todos os utentes abordados demonstraram disponibilidade para participar no inquérito. Não foram contabilizadas as abordagens aos utentes mas sim o número de utentes que possuíam os critérios de inclusão suprarreferidos. Sendo assim, a amostra ficou constituída por 155 utentes.

3.3 Métodos de Colheita de Dados e de Análise dos Dados

A recolha de dados foi processada com recurso a um questionário sob a forma de inquérito – Apêndice I, efetuado em Janeiro de 2015. De salientar que o questionário utilizado foi testado no estudo intitulado «Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais EPE e SPA» efetuado por Pereira e os seus colaboradores, em 2009. As questões são respondidas numa escala de 10 pontos sendo que de um a cinco a avaliação é negativa e de 6 a 10 positiva.

O inquérito define-se como todo o processo que visa colher dados em amostras representativas de uma população definida com o objetivo de determinar a distribuição e prevalência de certos problemas psicossociais assim como as relações que a população mantém com estes. O inquérito pode ser efetuado através de uma entrevista face a face, entrevista por telefone ou um questionário enviado por correio. O método escolhido foi a entrevista face a face, dirigida, pois as questões colocadas tinham uma ordem pré-estabelecida. Segundo Fortin (2009) este método oferece maiores possibilidades de estabelecer relações do que a entrevista por telefone e a taxa de resposta é presumivelmente superior relativamente ao questionário enviado por correio.

O questionário adotado inclui 46 questões subdivididas pelas 11 dimensões da Satisfação A tabela 3 mostra os Indicadores associados às Variáveis.

Quadro 3 - Indicadores associados às variáveis

Variável	Indicadores
Imagem	Hospital de confiança Hospital experiente Hospital que se preocupa com os seus utentes Hospital inovador e tecnologicamente avançado
Espera	Competência e profissionalismo do técnico que fez a triagem de prioridades Tempo de espera para ser atendido Justiça da ordem pela qual os pacientes são atendidos
Instalações	Facilidade em encontrar a Urgência Limpeza e higiene das instalações Conforto e comodidade da Urgência Proteção da privacidade na Urgência Qualidade Global das Instalações do Hospital
Médicos	Atenção e disponibilidade demonstradas pelo médico Competência e profissionalismo dos médicos que atenderam o utente A forma como o médico explicou a condição do utente As explicações dadas pelo médico sobre os medicamentos e os exames A informação fornecida sobre os cuidados e práticas a seguir após o atendimento Qualidade global do desempenho do médico
Enfermeiros	Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros Competência e profissionalismo dos enfermeiros Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem
Exames e tratamentos	Tempo de espera Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis Qualidade global dos serviços prestados na realização de exames ou tratamentos
Família	Forma como o Hospital lidou com a família do utente
Qualidade Global	Qualidade global do serviço prestado pelo Hospital
Reclamações	Identificação dos utentes que reclamaram Forma como foi resolvida uma efetiva reclamação – para os que reclamaram Perceção sobre a forma de resolução de uma reclamação – para os que não reclamaram
Satisfação	Satisfação global com o Hospital Satisfação comparada com as expectativas – realização das expectativas Comparação do Hospital com um Hospital que considere ideal
Lealdade	Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade Recomendação a familiares, amigos e colegas

A partir da operacionalização das variáveis descritas, foi criada uma base de dados para armazenamento dos resultados dos 46 itens do questionário no programa SPSS, versão 20.0. O mesmo programa foi utilizado para a análise estatística dos dados.

3.4 Aspetos Éticos

Todos os projetos de investigação efetuados em seres humanos levantam questões éticas e morais. É necessário tomar medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade dos indivíduos que participam nas investigações.

Para isso, existem os códigos de ética para a investigação clínica que contemplam princípios fundamentais que deverão ser cumpridos aquando da realização de qualquer projeto de investigação com seres humanos, nomeadamente: direito de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade dos dados, proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, direito a um tratamento justo e leal.

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, o início do estudo foi precedido da obtenção de autorização para utilização do questionário, parecer favorável por parte da Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do CHLN. Os documentos entregues no HSM apresentam-se em Apêndice – Apêndice II e Apêndice III, respetivamente.

No que respeita aos utentes o consentimento informado foi verbal uma vez que se trata de um estudo não experimental, sem intervenção, e que utilizou um questionário anónimo.

4. Fase Empírica

Neste capítulo será efetuada a descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos a partir dos dados recolhidos no terreno.

Pretende-se, dessa forma, explicar o fenómeno em estudo – Satisfação dos utentes com o SU do HSM.

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos será utilizada a estatística descritiva e a estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinam-se:

- Frequências: Absolutas (n) e Percentuais (%);
- Medidas de tendência central: Médias ($\bar{x}$) e Medianas (md);
- Medidas de dispersão: Desvio Padrão (σ).

Por outro lado, a estatística inferencial é o conjunto de técnicas utilizadas para identificar as relações entre variáveis, que poderão ser ou não relações de causa e efeito.

Na análise inferencial, utilizam-se:

- Os testes Qui-quadrado para se efetuar comparações estatísticas das variáveis qualitativas;
- O teste *t* de *Student* ou o de *Mann-Whitney* – após serem aplicados os testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* ou de *Shapiro-Wilks* e o teste de *Levene* para a homogeneidade de variâncias – para as variáveis quantitativas.
- Análise de variância (ANOVA) ou teste *Kruskal-Wallis* – após o teste de *Barlett* para homogeneidade de variâncias – igualmente para as variáveis quantitativas.
- O teste de *Bonferroni* para comparações entre os grupos.

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ – diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$ – diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ – diferença estatística altamente significativa;
- $p > 0.05$ – Não significativas (Pestana e Velosa, 2008).

4.1 Apresentação dos Resultados

Primeiramente será caracterizada a amostra através dos indicadores sociodemográficos e da autoavaliação do estado de saúde geral.

Posteriormente serão apresentados os resultados relativos às dimensões da Satisfação apresentadas anteriormente.

4.1.1 Caracterização Sociodemográfica

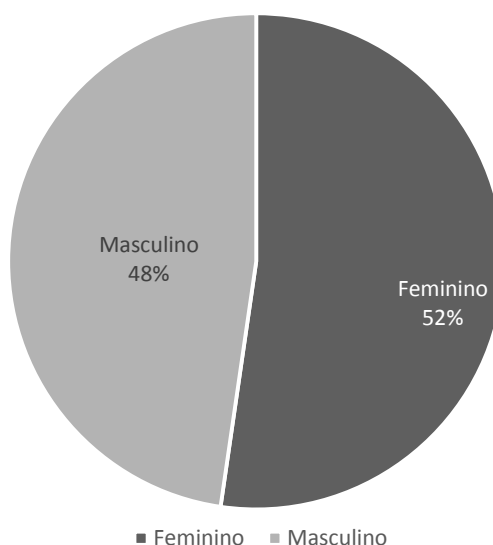
4.1.1.1 Género

Relativamente ao género verificam-se 155 respostas válidas sendo que o género feminino está ligeiramente mais representado na amostra, com 52,3% dos casos, como se pode averiguar na tabela 4 – Distribuição por género e gráfico 3 – Distribuição por Género.

Quadro 4 - Distribuição por Género

Género	n	%
Feminino	81	52,3
Masculino	74	47,7
Total	155	100,0

Gráfico 3 - Distribuição por Género



4.1.1.2 Idade

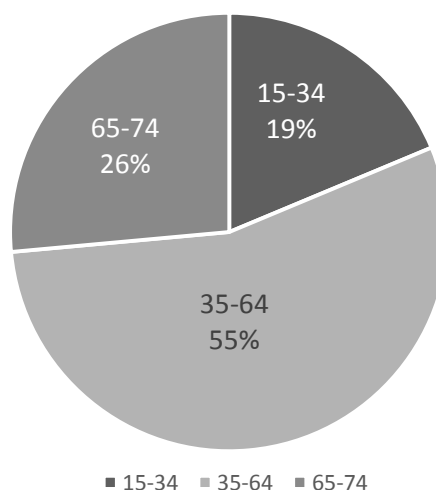
Previamente à apresentação dos resultados relativos à idade importa referir que as classes etárias foram reagrupadas em 15-34, 35-64 e 65-74 de modo a classificar os participantes em jovens adultos, adultos e população sénior, sendo estas as classes mais usadas em estudo de saúde, principalmente em amostras que não são de grande dimensão e se pretende obter diferenças por classes etárias.

Deste modo, na análise dos utentes por grupos etários – quadro 5 e gráfico 4 – verifica-se que 54,8% dos indivíduos incluídos na amostra pertencem ao grupo etário correspondente às idades entre os 35 e 64 anos, sendo este o grupo mais representativo da amostra; seguido do grupo etário com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, 26,50%. O grupo etário com menos representatividade na amostra corresponde aos jovens/jovens adultos, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, 18,7%.

Quadro 5 - Distribuição por Classe Etária

Idade	n	%
Entre 15 e 34	29	18,7
Entre 35 e 64	85	54,8
Entre 65 e 74	41	26,5
Total	155	100,0

Gráfico 4 - Distribuição por Classe Etária



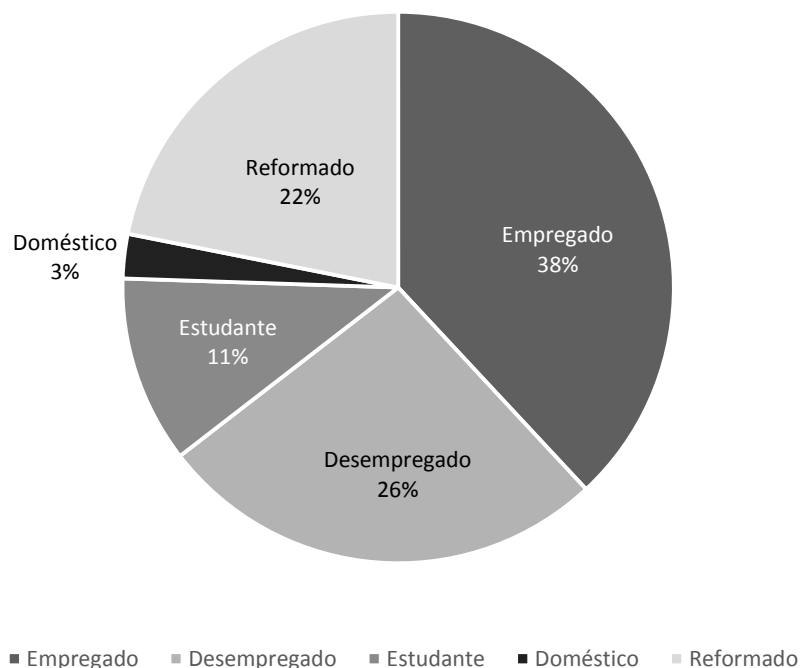
4.1.1.3 Situação Atual

No que respeita a esta variável verifica-se que a maior parte dos inquiridos encontra-se empregado correspondendo a um valor de 38,1%, contudo a percentagem referente aos desempregados situa-se imediatamente a seguir sendo de 26,5%. Os reformados também têm uma elevada representativa na amostra com um valor de 21,9% como se pode verificar na tabela 6 e gráfico 5.

Quadro 6 - Distribuição por Situação Atual

Situação Atual	n	%
Empregado	59	38,1
Desempregado	41	26,5
Estudante	17	11,0
Doméstico	4	2,6
Reformado	34	21,9
Total	155	100,0

Gráfico 5 - Distribuição por Situação Atual



4.1.1.4 Instrução Escolar

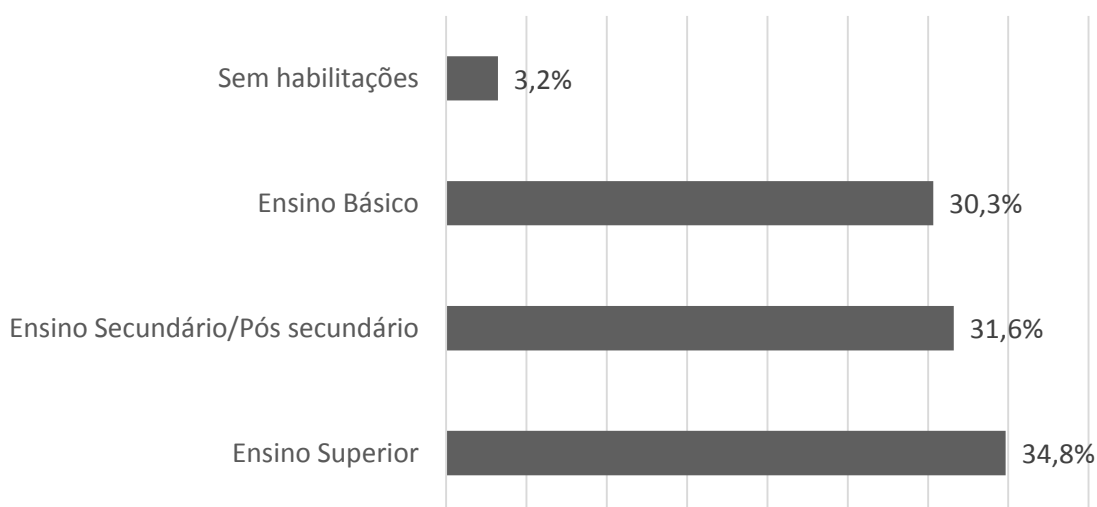
À semelhança do reagrupamento executado nas Idades as habilitações literárias foram reagrupadas nos grandes grupos de ensino: sem habilitações literárias, ensino básico, ensino secundário e superior. Esta agregação deve-se ao facto de as classes presentes no inquérito terem poucos efetivos, devido ao tamanho amostral, e na literatura não existirem diferenças significativas entre classes tão próximas.

Desta forma, relativamente à instrução escolar, dos 155 inquiridos, o grupo mais representado é o correspondente aos indivíduos com Ensino Superior, 34,8%; seguido pelo grupo dos indivíduos que possuem Ensino Secundário ou Pós-Secundário com 31,6%. Apenas 3,2% dos inquiridos não apresenta habilitações literárias.

Quadro 7 - Distribuição por Instrução Escolar

Instrução Escolar	n	%
Sem habilitações	5	3,2%
Ensino Básico	47	30,3%
Ensino Secundário/Pós Secundário	49	31,6%
Ensino Superior	54	34,8%
Total	155	100,0

Gráfico 6 - Distribuição por Instrução Escolar



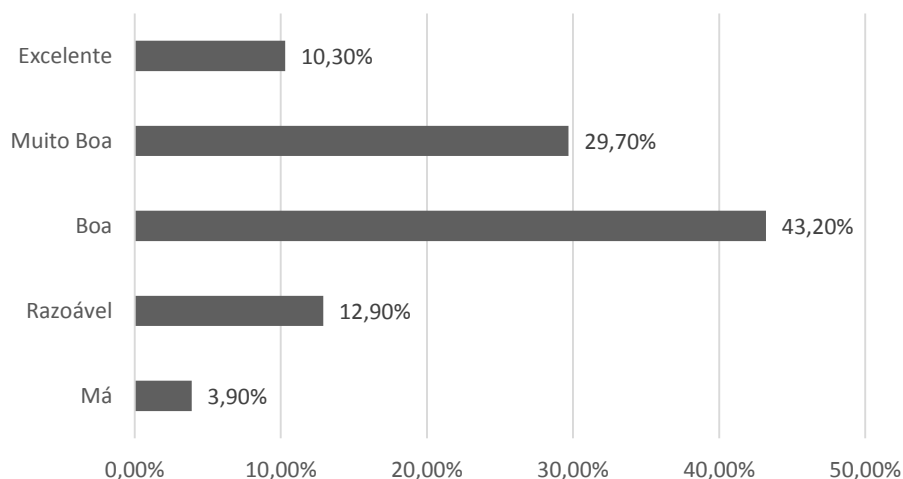
4.1.2 Estado de Saúde

No que concerne ao estado de saúde a maioria dos inquiridos considera que tem uma saúde boa, 43,2%; seguido pelo grupo de pessoas que consideram que o seu estado de saúde é muito bom, 29,7%. Apenas 3,9% dos utentes inquiridos consideram que a sua saúde no geral é má.

Quadro 8 - Distribuição por Estado de Saúde

Estado de Saúde	n	%
Má	6	3,9
Razoável	20	12,9
Boa	67	43,2
Muito Boa	46	29,7
Excelente	16	10,3
Total	155	100,0

Gráfico 7 - Distribuição por Estado de Saúde



4.1.3 Satisfação dos Utentes

É de salientar que, para a generalidade dos indicadores, as possíveis modalidades de resposta foram agrupadas em quatro conjuntos – 1 a 3, 4 e 5, 6 e 7, 8 a 10 – que correspondem globalmente a apreciações muito negativas, negativas, positivas e muito positivas, respetivamente. Esta categorização foi a adotada no estudo de Pereira *et al.*, 2009.

4.1.3.1 Satisfação Global

Relativamente a esta dimensão os resultados obtidos permitiram apurar uma Satisfação Global de 6,3 pontos, numa escala de 1 a 10, medido pela média aritmética simples de todas as questões respondidas.

Figura 2- Valor médio – Satisfação Global



Em relação às frequências relativas (Quadro 9) é de realçar que aproximadamente 66% dos utentes se consideram globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos com o SU do HSM. Em particular, 25,2% dos entrevistados consideram-se mesmo muito satisfeitos.

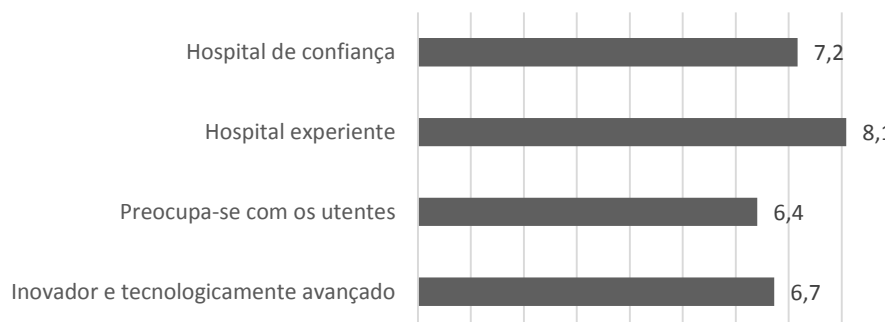
Quadro 9 – Frequências Relativas – Satisfação Global

Satisfação Global	Muito má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)
Satisfação Global do serviço prestado	3,2%	31,0%	40,6%	25,2%

4.1.3.2 Imagem

Para medir a imagem do HSM utilizaram-se quatro indicadores, nomeadamente: confiança, experiência, preocupação com os utentes e inovação tecnológica. O gráfico 8 mostra os valores médios atribuídos pelos inquiridos a cada indicador.

Gráfico 8 - Valores Médios – Imagem do HSM



Os parâmetros de avaliação da imagem do HSM com maior valorização média foram «hospital experiente» e «hospital de confiança», com um valor médio de resposta de 8,1 e de 7,2 pontos, respetivamente. Com uma valorização inferior surgem «hospital inovador e tecnologicamente avançado» e a «preocupação com os utentes» (com 6,7 e 6,4 pontos, respetivamente).

Na distribuição de frequências – Quadro 10 – salienta-se a elevada proporção de utentes que percecionam uma imagem positiva ou muito positiva do HSM relativamente a ser um hospital experiente e de confiança (aproximadamente 94% e 85%). Por outro lado, cerca de 30% dos utentes percecionam uma imagem negativa ou muito negativa do HSM em relação à preocupação com os utentes. De salientar que 34,2% dos utentes não sabe responder se o hospital é inovador e tecnologicamente avançado.

Quadro 10 – Frequências Relativas – Imagem do HSM

Imagem	Muito fraca	Fraca	Forte	Muito forte	Não sabe	Recusa
Hospital de confiança	1,3	11,0	43,9	41,3	2,6	0,0
Hospital experiente	0,6	3,9	25,2	68,4	1,9	0,0
Preocupa-se com os utentes	4,5	25,2	41,9	25,2	2,6	0,6
Inovador e tecnologicamente avançado	1,3	11,0	34,2	19,4	34,2	0,0

4.1.3.3 Expectativas dos Utentes

Outra dimensão avaliada no presente estudo foi a expectativa dos utentes. Neste contexto, os utentes foram questionados no sentido de ser avaliada a perceção que possuíam acerca da qualidade global do hospital, previamente a terem utilizado o SU do mesmo.

Este item obteve um valor médio de resposta de 6,6 pontos, como se observa na Figura 3.

Figura 3 - Valor médio – Expetativa da Qualidade Global



Em termos da proporção de respostas pelas classes consideradas, cerca de 83% dos utentes apresentam expectativas altas ou muito altas relativamente à qualidade global do hospital, como se observa no Quadro 11.

Quadro 11 - Frequências Relativas – Expetativas da Qualidade Global

Expetativas	Muito baixas	Baixas	Altas	Muito altas	Não sabe
Expetativas relativamente à qualidade global	1,9	12,3	60,6	22,6	2,6

4.1.3.4 Qualidade Global Percecionada

No que concerne à qualidade global percecionada o valor médio de resposta foi de 6,4 pontos, como se observa na Figura 4.

Figura 4 – Valor médio – Qualidade Global Percecionada



Em relação às frequências relativas (Quadro 12), de realçar que aproximadamente 72% dos utentes se consideram globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos com a qualidade global do serviço prestado. Em particular, 25,2% dos entrevistados consideram-se mesmo muito satisfeitos.

Quadro 12 – Frequências Relativas – Qualidade Global Percecionada

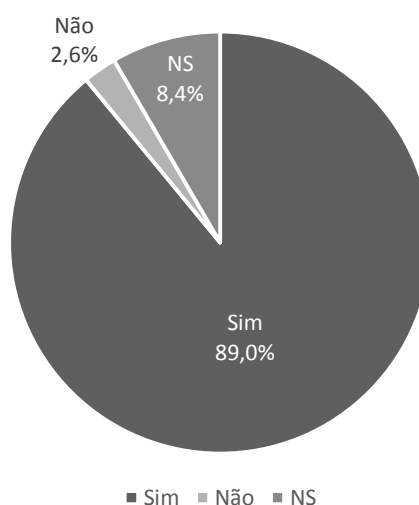
Qualidade Global Percecionada	Muito má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)
Qualidade Global percecionada	4,5	23,9	46,5	25,2

4.1.3.5 Espera

Tomando em consideração a experiência como utente do SU do HSM, a avaliação da qualidade apercebida da espera perspetiva-se em termos do processo de triagem de prioridades, do tempo de espera para ser atendido e da justiça da ordem de atendimento.

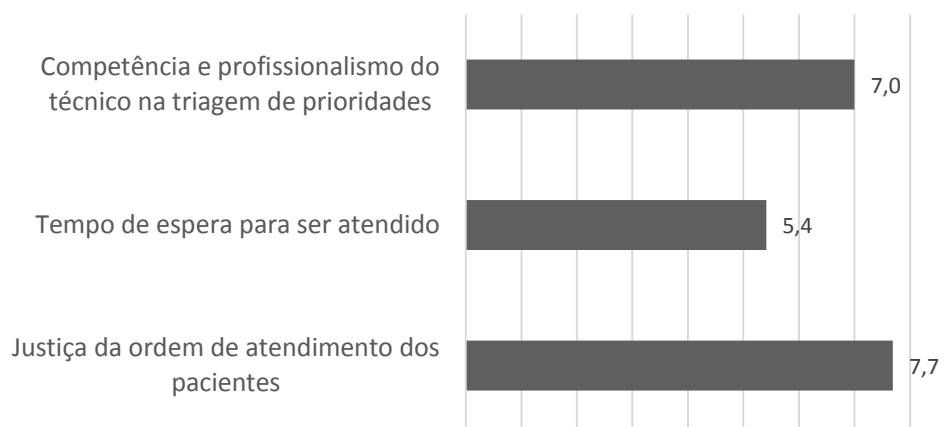
Como se verifica por observação do Gráfico 5, 89% dos participantes entrevistados dizem ter sido submetidos a um processo de triagem.

Gráfico 9 - Proporção de Utentes submetidos a Triagem



O parâmetro que avalia a justiça da ordem de atendimento dos pacientes é o que apresenta maior valor médio (7,7 pontos) contudo 49,7% dos participantes respondeu «não sei» a esta questão. Por outro lado, o tempo de espera para ser atendido regista o menor valor medio (5,4 pontos), como se pode verificar no gráfico 10.

Gráfico 10 - Valores Médios - Tempo de Espera



No Quadro 13 salienta-se o facto do «processo de triagem de prioridades» apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas de 73,5%. Por outro lado, aproximadamente 48% dos utentes fazem uma avaliação negativa ou muito negativa do «tempo de espera para ser atendido», sendo essa proporção de 9% no parâmetro de «justiça da ordem de atendimento».

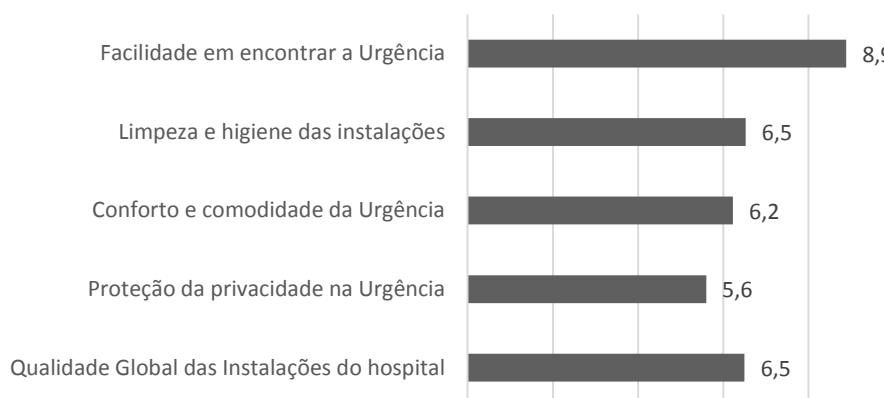
Quadro 13- Frequências Relativas - Espera

Espera	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Competência e profissionalismo do técnico da triagem de prioridades	1,9	11,0	40,0	33,5	12,9	0,6
Tempo de espera para ser atendido	16,1	31,6	27,7	12,9	11,6	0,0
Justiça da ordem de atendimento dos pacientes	3,2	5,8	9,7	31,0	49,7	0,6

4.1.3.6 Instalações

A avaliação da qualidade das instalações é perspectivada em termos da qualidade global das instalações e de um conjunto de quatro fatores: facilidade em encontrar a Urgência, limpeza e higiene das instalações, conforto e comodidade da urgência e proteção da privacidade na Urgência. Os valores médios obtidos para cada parâmetro encontram-se no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Valores Médios - Instalações



A qualidade global das instalações apresenta um valor médio de 6,5 pontos. Em relação aos diversos critérios associados à qualidade apercebida das instalações, destaca-se a facilidade em encontrar a Urgência (com 8,9 pontos). A proteção da privacidade na Urgência obtém a valorização média mais baixa (5,6 pontos).

Quadro 14 - Frequências Relativas - Instalações

Instalações	Muito baixas	Baixas	Altas	Muito altas	Não sabe	Recusa
Facilidade em encontrar a Urgência	0,6	0,0	12,3	82,6	4,5	0,0
Limpeza e higiene das instalações	5,2	17,4	48,4	27,1	1,9	0,0
Conforto e comodidade da Urgência	8,4	21,3	45,2	23,2	1,9	0,0
Proteção da privacidade na Urgência	12,9	35,5	32,3	16,1	3,2	0,0
Qualidade global das Instalações	5,2	19,4	43,9	29,7	1,9	0,0

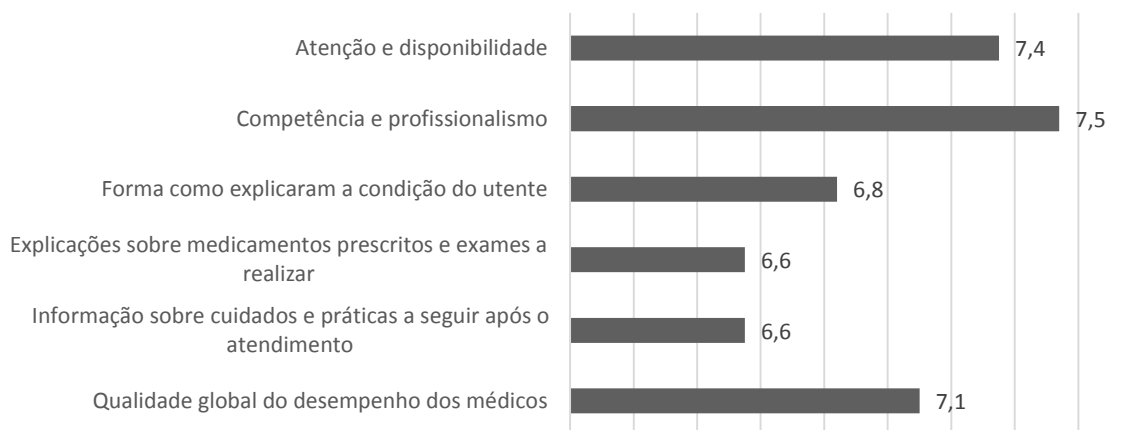
Neste seguimento, destaca-se o facto de a maioria dos parâmetros supramencionados apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, acima dos 70%. Em particular, destaca-se a maior proporção de respostas positivas e muito positivas na «facilidade em encontrar a Urgência» (aproximadamente 95%). Por outro lado, a maior proporção de respostas negativas e muito negativas encontra-se na «proteção da privacidade na Urgência» (aproximadamente 48%).

4.1.3.7 Médicos

Considerando a experiência como utente do HSM na valência de Urgências, a avaliação da qualidade apercebida dos médicos é perspectivada em termos da qualidade global do desempenho dos médicos e de cinco critérios: a atenção e a disponibilidade

demonstradas, a competência e profissionalismo, a forma como explicaram a condição e as explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados.

Gráfico 12- Valores Médios - Médicos



As explicações sobre medicamentos prescritos e exames a realizar e informações sobre cuidados e práticas a seguir após o atendimento destacam-se por serem os critérios com valor médio mais baixo, com 6,55 pontos.

A competência e profissionalismo dos médicos destaca-se por ser o fator com valor médio mais elevado, com 7,54 pontos.

No Quadro 15 é de salientar o fato de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 70%.

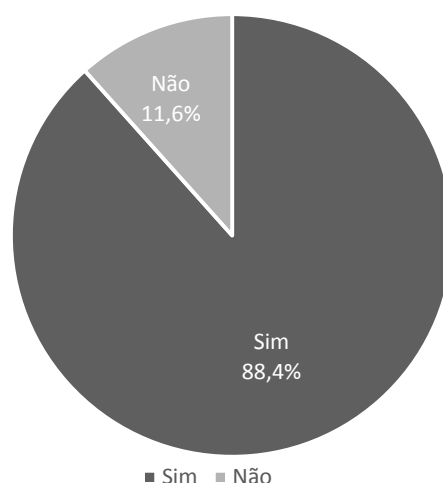
Quadro 15 - Frequências Relativas - Médicos

Médicos	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Atenção e disponibilidade	1,9	8,4	38,7	49,7	1,3	0,0
Competência e profissionalismo	1,3	10,3	27,7	49,7	9,0	1,9
Forma como explicaram a condição do utente	3,9	16,1	41,9	36,1	1,3	0,6
Explicações sobre medicamentos prescritos e exames a realizar	4,5	21,3	42,6	28,4	3,2	0,0
Informação sobre cuidados e práticas a seguir após o atendimento	5,2	21,9	40,0	30,3	1,9	0,0
Qualidade global do desempenho dos médicos	1,9	13,5	41,3	41,9	0,6	0,6

4.1.3.8 Enfermeiros

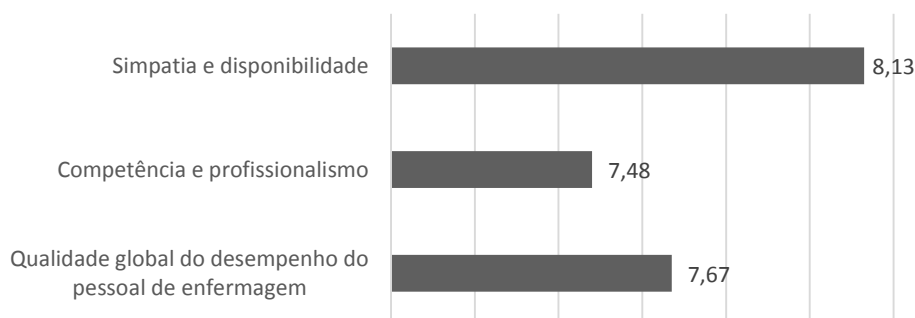
A maioria dos utentes esteve em contacto com os enfermeiros durante o período de atendimento no SU, correspondendo a 88,4% dos inquiridos (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Contacto com enfermeiros no HSM



A avaliação da qualidade destes profissionais é perspectivada em três critérios, constantes no Gráfico 14: simpatia e disponibilidade, competência e profissionalismo e desempenho em termos globais.

Gráfico 14 - Valores Médios - Enfermeiros



A simpatia e disponibilidade destaca-se por ser o indicador com valor médio mais elevado, com 8.13 pontos. No Quadro 16 é de salientar o facto de qualquer um dos parâmetros apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas superior a 83%.

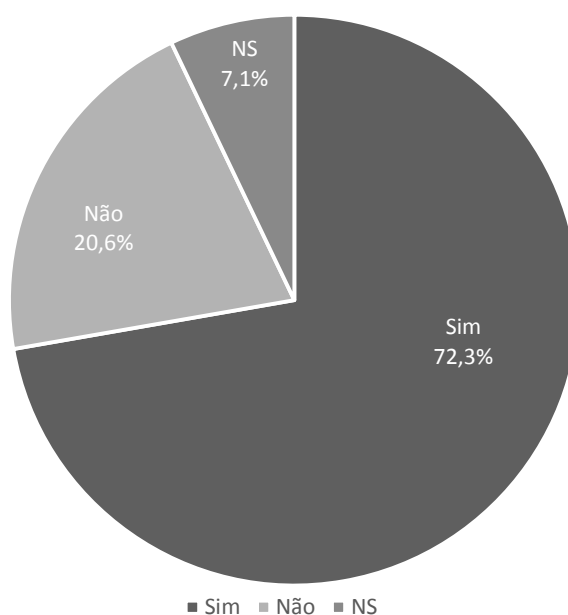
Quadro 16 – Frequências Relativas - Enfermeiros

Enfermeiros	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Simpatia e disponibilidade	0,0	2,9	24,1	72,3	0,7	0,0
Competência e profissionalismo	1,5	8,8	37,2	46,0	6,6	0,0
Qualidade global do desempenho	0,7	5,8	37,2	54,7	0,7	0,7

4.1.3.9 Exames e Tratamentos

Como se pode observar pelo Gráfico 15, 72,3% dos utentes entrevistados afirmam ter realizado exames ou tratamentos no HSM, após terem recorrido ao SU.

Gráfico 15 - Realização de Exames e Tratamentos

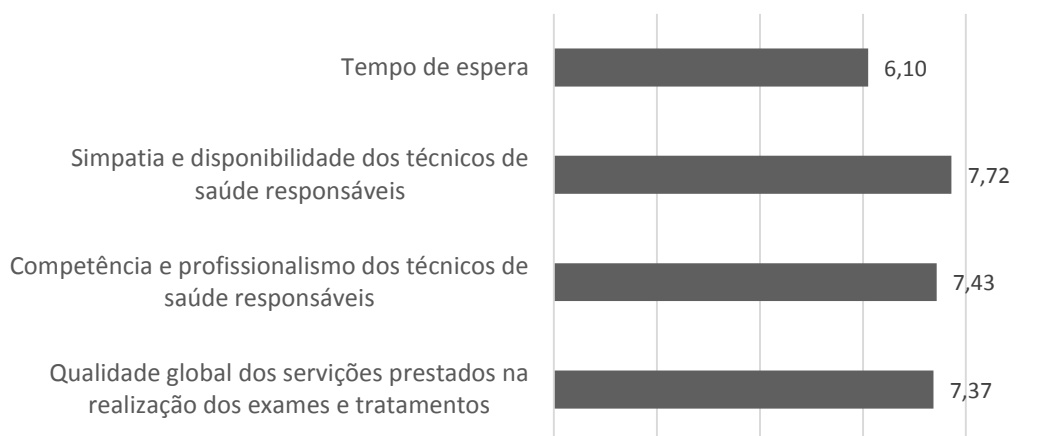


A avaliação da qualidade dos exames e tratamentos é perspectivada em termos do tempo de espera, da simpatia e disponibilidade e da competência profissional dos técnicos de saúde responsáveis, para além da qualidade global na realização de exames e tratamentos (Gráfico 16).

A «qualidade global dos serviços prestados na realização de exames ou tratamentos» no HSM apresenta um valor médio de 7,37 pontos, sendo que a «simpatia e disponibilidade» e a «competência e profissionalismo dos técnicos» registam valores médios superiores ou iguais ao da qualidade global dos serviços prestados (7,72 e 7,43 pontos, respetivamente).

Por outro lado, o tempo de espera para realizar os exames e tratamentos apresenta, com diferença significativa, os valores médios mais baixos (6,10 pontos).

Gráfico 16 - Valores Médios - Exames e Tratamentos



No Quadro 17 é de salientar o facto de todos os critérios apresentarem uma proporção de respostas positivas e muito positivas, superiores a 83%, exceto o tempo de espera em que apenas 58% dos utentes têm uma opinião positiva.

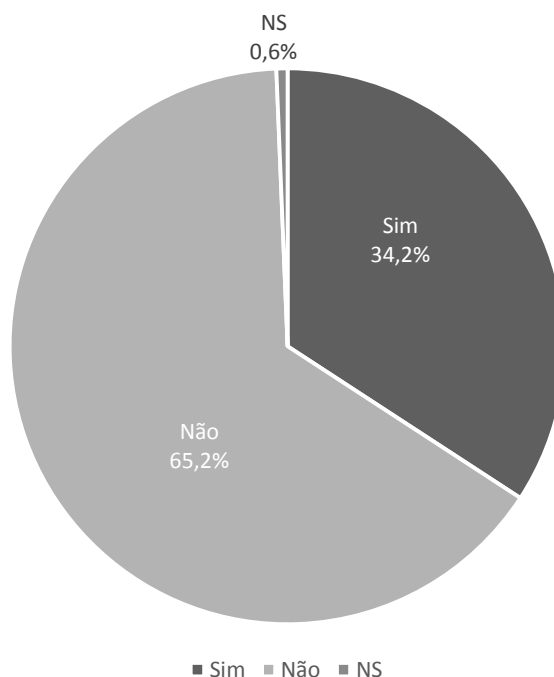
Quadro 17 - Frequência Relativas - Exames e Tratamentos

Exames e tratamentos	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Tempo de espera	10,3	27,4	33,3	24,8	4,3	0,0
Simpatia e disponibilidade	0,9	4,3	29,1	60,7	5,1	0,0
Competência e profissionalismo	4,3	0,0	45,3	38,5	12,0	0,0
Qualidade global do desempenho	0,9	7,7	44,4	42,7	4,3	0,7

4.1.3.10 Internamento após a Urgência

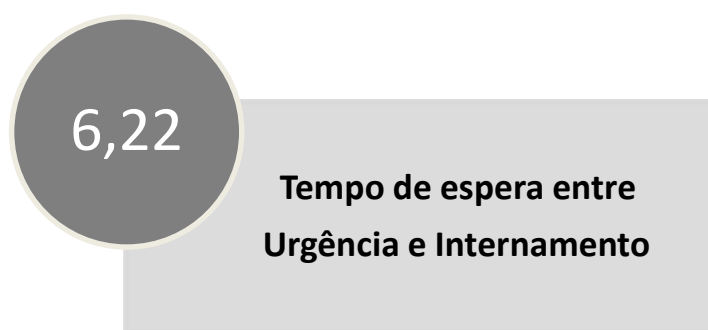
A O gráfico 17 apresenta a proporção de utentes internados após atendimento na Urgência, sendo essa proporção de 34,2%.

Gráfico 17 - Proporção de Utentes Internados após atendimento no SU do HSM



A qualidade apercebida do processo de transferência das Urgências para o Internamentos é avaliada segundo o tempo de espera entre a urgência e o internamento. O valor médio é de 6,22 como se pode verificar na figura 5.

Figura 5 - Valor Médio - Tempo de Espera entre a Urgência e o Internamento



No Quadro 18 observa-se que a percentagem de respostas positivas e muito positivas na avaliação da qualidade apercebida do processo de transferência da Urgência para o Internamento é de 60,3%.

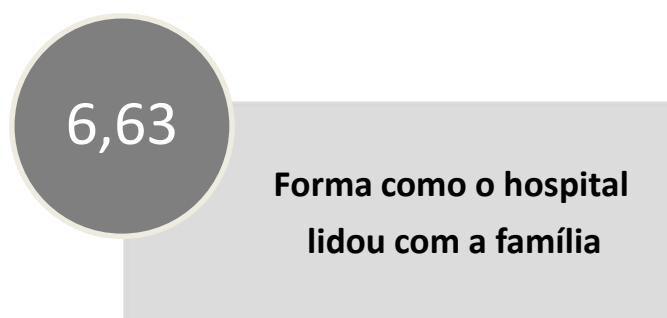
Quadro 18 - Frequência Relativas - Processo de Transferência do SU para o Internamento

Processo de Transferência do SU para o Internamento	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Tempo de espera do SU para o internamento	5,7	28,3	35,8	24,5	5,7	0,0

4.1.3.11 Família

A avaliação da qualidade apercebida da Família é perspectivada em termos da «forma como o hospital lidou com a família do utente». O valor médio deste parâmetro é 6,63 pontos (Figura 6).

Figura 6 - Valor Médio - Família



No que respeita à distribuição de frequências relativas das respostas obtidas, aproximadamente 54% dos utentes avaliam de modo positivo ou muito positivo a forma como o hospital lidou com a sua família, como se observa no Quadro 19. Salienta-se a elevada proporção de indivíduos que não sabem responder (34,8%).

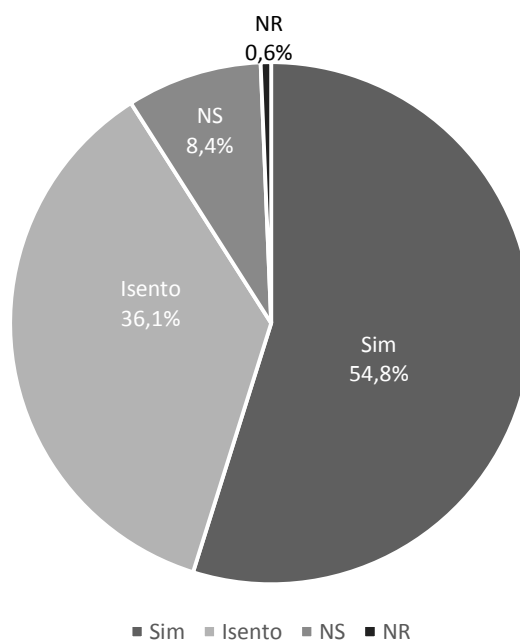
Quadro 19 - Frequências Relativas - Família

Família	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Forma como o Hospital lidou com a família do Utente	2,6	5,8	27,7	25,8	34,8	3,2

4.1.3.12 Taxa Moderadora

Como se pode observar no Gráfico 18, mais de metade dos utentes entrevistados efetuaram o pagamento da taxa moderadora nos hospitais (54,8%).

Gráfico 18 – Pagamento da Taxa Moderadora



4.1.3.13 Cumprimento das Expetativas

A avaliação do cumprimento das expetativas apresentou um valor médio de 6.48 como consta na Figura 17.

Figura 7 - Valor Médio - Cumprimento das Expetativas



No que respeita à distribuição de frequências relativas das respostas obtidas, aproximadamente 70% dos utentes consideram-se globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos com o HSM, em particular, 23,9% dos entrevistados consideram-se mesmo muito satisfeitos; como se pode observar no Quadro 20.

Quadro 20 - Frequências Relativas - Cumprimento das Expetativas

Cumprimento das Expetativas	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Cumprimento das expetativas	3,9	22,6	46,5	23,9	3,2	0,0

4.1.3.14 Lealdade e Recomendação

A lealdade e a recomendação são os únicos consequentes da satisfação do utente, constituindo esta relação o principal fundamento dos programas que visam melhorar a qualidade dos serviços prestados mediante a satisfação dos utentes. A lealdade e a recomendação são analisadas através da intenção de permanecer como utente, ou seja, a probabilidade de voltar a escolher o mesmo hospital em caso de necessidade (sob o cenário hipotético de possibilidade de escolha de qualquer hospital) e a probabilidade de recomendar o mesmo hospital a familiares, amigos e colegas.

No presente estudo, a probabilidade de os utentes inquiridos voltarem a escolher o HSM em caso de necessidade de utilizar novamente o SU obteve um valor médio de resposta de 6,37 pontos, enquanto que a intenção de recomendar o SU do HSM a familiares, amigos e colegas os obteve o valor medio e de 6,39 pontos, valores muito próximos.

Em termos de distribuição de frequências, assinala-se uma proporção considerável de utentes que avaliaram como sendo alta ou muito alta a probabilidade de voltar a escolher o hospital em caso de necessidade de utilizar novamente o SU e a recomendar a familiares, amigos e colegas (aproximadamente 65% e 70%, respetivamente).

Quadro 21 - Frequências Relativas - Lealdade e Recomendação

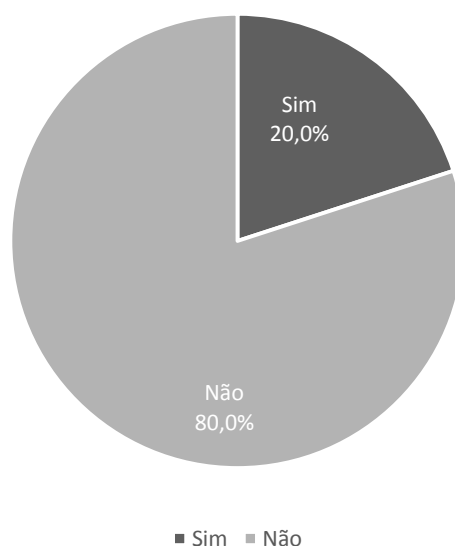
Lealdade e recomendação	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Voltar a escolher o hospital	9,0	24,5	33,5	31,6	1,3	0,0
Recomendação a familiares, amigos e colegas	8,4	20,6	44,5	25,2	0,6	0,6

4.1.3.15 Reclamações

As «reclamações» procuram medir, principalmente, a perceção do utente sobre a forma como o hospital consegue resolver uma reclamação apresentada. No caso de o utente não ter apresentado uma reclamação (formal ou informal), questiona-se a sua expectativa relativamente à capacidade do hospital resolver uma eventual reclamação.

Aproximadamente 80% dos utentes dos hospitais entrevistados afirmam não ter apresentado uma reclamação verbal ou escrita ao SU do HSM (Gráfico 19).

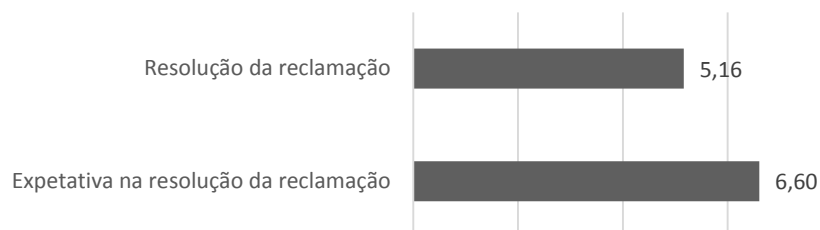
Gráfico 19 - Apresentação de Reclamações relativas ao SU do HSM



Dos 20% de utentes que afirmam ter apresentado uma reclamação, a avaliação média que efetuaram sobre a forma de resolução da sua reclamação foi de 5,16 pontos (Gráfico 20). No que diz respeito à expectativa de resolução da reclamação, por parte dos utentes do HSM que não apresentaram qualquer reclamação, foi obtido um valor médio de resposta de 6,6 pontos. De notar, igualmente, que a resolução das reclamações é o único indicador analisado nesta valência que evidencia um resultado negativo.

Deste modo, verifica-se que o diferencial entre a expectativa de resolução de uma hipotética reclamação e a apreciação da resolução efetiva de reclamações é de 1,44 pontos, o que levanta claramente a questão da melhoria da forma como o SU do HSM trata as reclamações dos seus utentes.

Gráfico 20 - Valores Médios - Reclamações



Neste contexto, mais de metade (51,6%) dos utentes que apresentaram uma reclamação no HSM faz uma avaliação negativa ou muito negativa da resolução da mesma (Quadro 22), sendo de 25,8% a proporção dos utentes que fazem uma avaliação muito negativa. Por outro lado, a proporção de utentes que apresenta uma expectativa alta ou muito alta relativamente à resolução de uma eventual reclamação junto do SU do HSM é superior a 49,2%.

Quadro 22 - Frequências Relativas - Reclamações

Reclamações	Muito Má (1 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Resolução da reclamação	25,8	25,8	32,3	16,1	0,0	0,0
Expetativa na resolução da reclamação	4,8	10,5	28,2	21,0	35,5	0,0

4.1.3.16 Hospital Ideal

Os resultados obtidos permitiram apurar um valor médio de 6,84 para a questão relativa ao utente considerar o HSM o hospital ideal ou perfeito (Figura 8).

Figura 8 - Valor Médio - Hospital Ideal



No que respeita à distribuição de frequências relativas das respostas obtidas, aproximadamente 61% dos utentes descrevem o hospital de uma forma positiva. Em particular, 16,9% dos entrevistados consideram o hospital muito perto do ideal.

Quadro 23 - Frequências Relativas - Hospital Ideal

Hospital ideal	Muito longe do ideal (1 a 3)	Longe do ideal (4 a 5)	Perto do ideal (6 a 7)	Muito perto do ideal (8 a 10)	Não sabe	Recusa
Hospital ideal	19,4	39,5	47,6	16,9	1,6	0,0

4.2 Análise dos Resultados

Realizou-se uma análise bivariada entre as variáveis dependentes (dimensões categorizadas) e as variáveis independentes (sexo, classe etária, Situação atual perante o emprego, Habilitações literárias e estado de saúde do utente), para identificar possíveis associações entre as variáveis.

Nesta análise mostra-se apenas a distribuição de frequências e a respetiva representação gráfica para os resultados significativos.

4.2.1 Satisfação Global com o Hospital

Os níveis de Satisfação Global foram ligeiramente superiores no género feminino – 6,3 *versus* 6,2, tendem a diminuir com a idade – 15-34: 6,5; 35-64: 6,4; 65-74: 5,8 – e não dependeram da situação atual perante o trabalho. Por outro lado, dependem do nível de instrução e do estado de saúde do utente.

A análise do Quadro 24 mostra, precisamente, que as únicas variáveis que influenciaram significativamente os Níveis de Satisfação Global foram as habilitações literárias e o estado de saúde do utente.

Quadro 24 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Satisfação Global

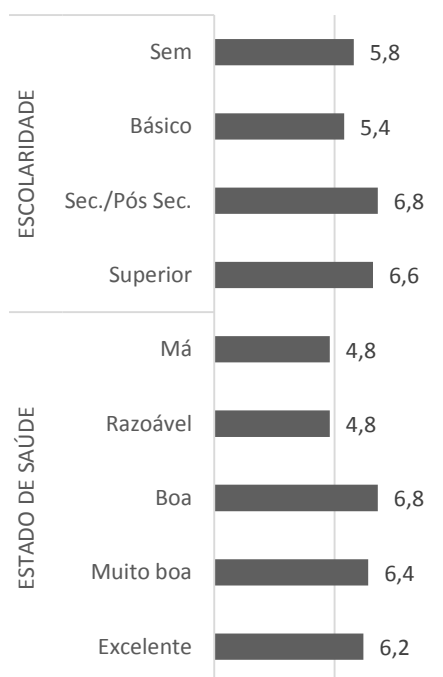
Satisfação Global	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Satisfação Global	Não significativo (n.s.)	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001

No gráfico 21 são apresentados os valores médios obtidos para cada item corresponde às habilitações literárias e Estado de Saúde.

Verifica-se que os inquiridos que possuem maior grau de escolaridade são os utentes mais satisfeitos.

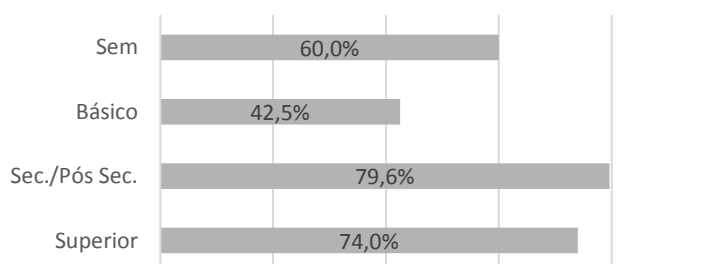
O mesmo acontece relativamente ao estado de saúde, os utentes que apresentam melhores níveis de saúde são os utentes mais satisfeitos.

Gráfico 21 - Valores Médios - Satisfação Global por Habilitações Literárias e Estado de Saúde



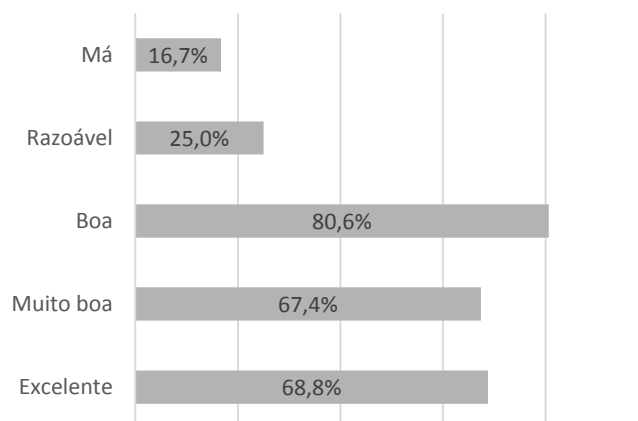
De facto, a proporção de utentes com um nível de Satisfação Global positivo é muito inferior nos utentes com o ensino básico (42,5%) quando comparada com os utentes com graus de ensino superior (79,6% no ensino secundário e 74% no ensino superior) – Gráfico 22.

Gráfico 22 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Habilitações Literárias



No que respeita ao estado de saúde a proporção de utentes com Satisfação Global positiva é muito inferior nos utentes com saúde considerada Má ou razoável (16,7% e 25%) quando comparada com os utentes com um estado melhor de saúde.

Gráfico 23 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Estado de Saúde



O Quadro seguinte resume a distribuição percentual desta dimensão por habilitações literárias e estado de saúde.

Quadro 25 - Distribuição Percentual da Satisfação Global por Habilitações Literárias e Estado de Saúde

		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Satisfação Global	Muito fraca	0,0%	4,3%	0,0%	5,6%	0,0%	15,0%	1,5%	2,2%	0,0%
	Fraca	40,0%	53,2%	20,4%	20,4%	83,3%	60,0%	17,9%	30,4%	31,3%
	Forte	40,0%	34,0%	42,9%	44,4%	0,0%	20,0%	47,8%	43,5%	43,8%
	Muito forte	20,0%	8,5%	36,7%	29,6%	16,7%	5,0%	32,8%	23,9%	25,0%

4.2.2 Imagem

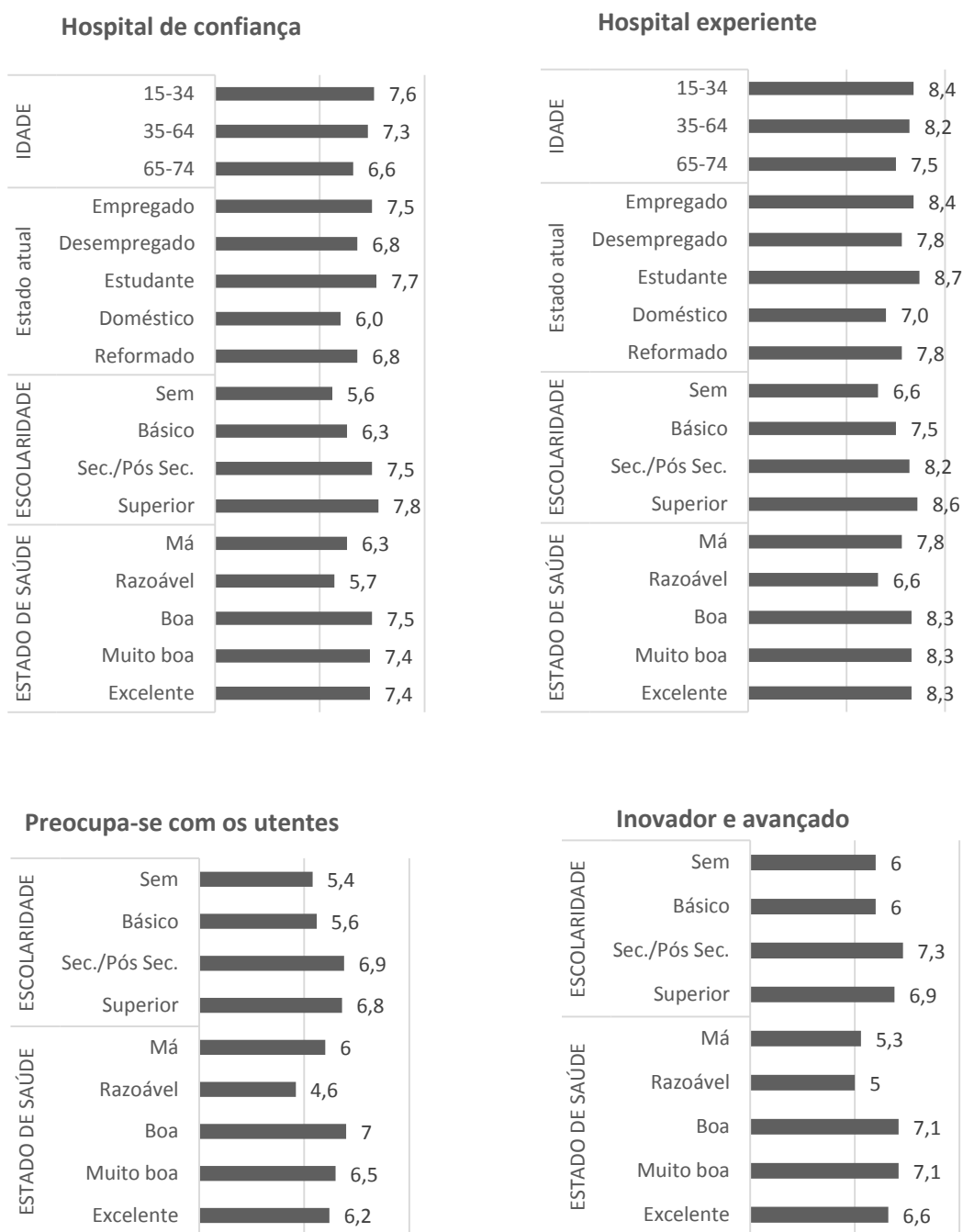
Realizaram-se testes de comparação dos valores médios dos vários critérios que avaliam a Imagem com as variáveis independentes. O Quadro 26 mostra os resultados dos testes e o gráfico 24 mostra a variação dos valores médios para cada item e por variável independente.

Os quatro indicadores da dimensão «Imagem» mostraram-se independentes do género mas são dependentes das habilitações literárias e do estado de saúde do utente. A idade e a situação atual influenciaram os critérios «Hospital de confiança» e «Hospital experiente».

Quadro 26 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Imagem

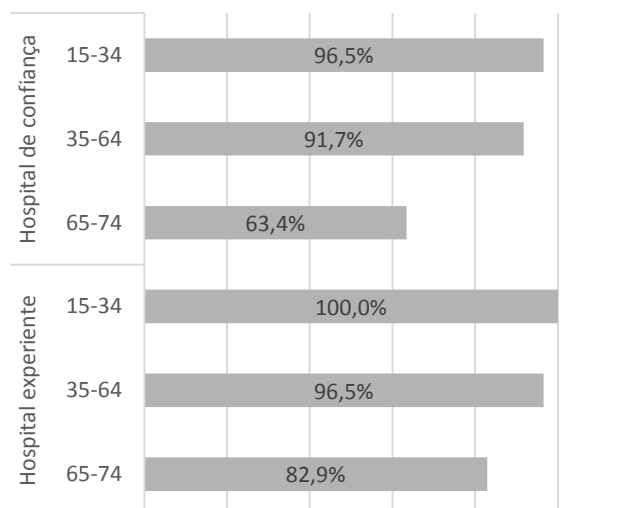
Indicadores da Imagem	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Hospital de confiança	n.s.	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001
Hospital experiente	n.s.	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001
Preocupa-se com os utentes	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01	<0,001
Inovador e tecnologicamente avançado	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05	<0,001

Gráfico 24 - Valores Médios - Imagem por Variáveis Independentes



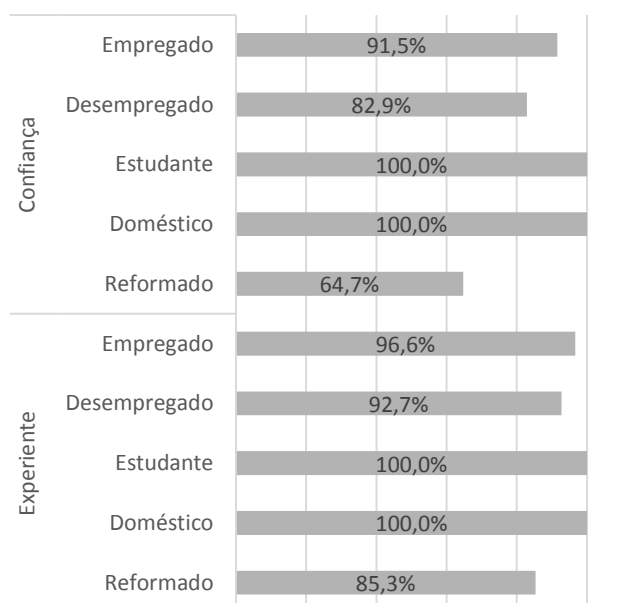
Os níveis relativos a «Hospital de Confiança» e «Hospital experiente» foram inferiores na classe etária mais velha. Enquanto nas duas primeiras classes a proporção de utentes com opinião positiva é de 96,5% e 91,7% para Hospital de confiança e de 100% e 96,5% para Hospital experiente, estes valores baixam para 63,4% e 82,9% nos utentes com mais de 64 anos.

Gráfico 25 - Distribuição Percentual dos Critérios «Hospital de Confiança» e «Hospital Experiente» por Idade



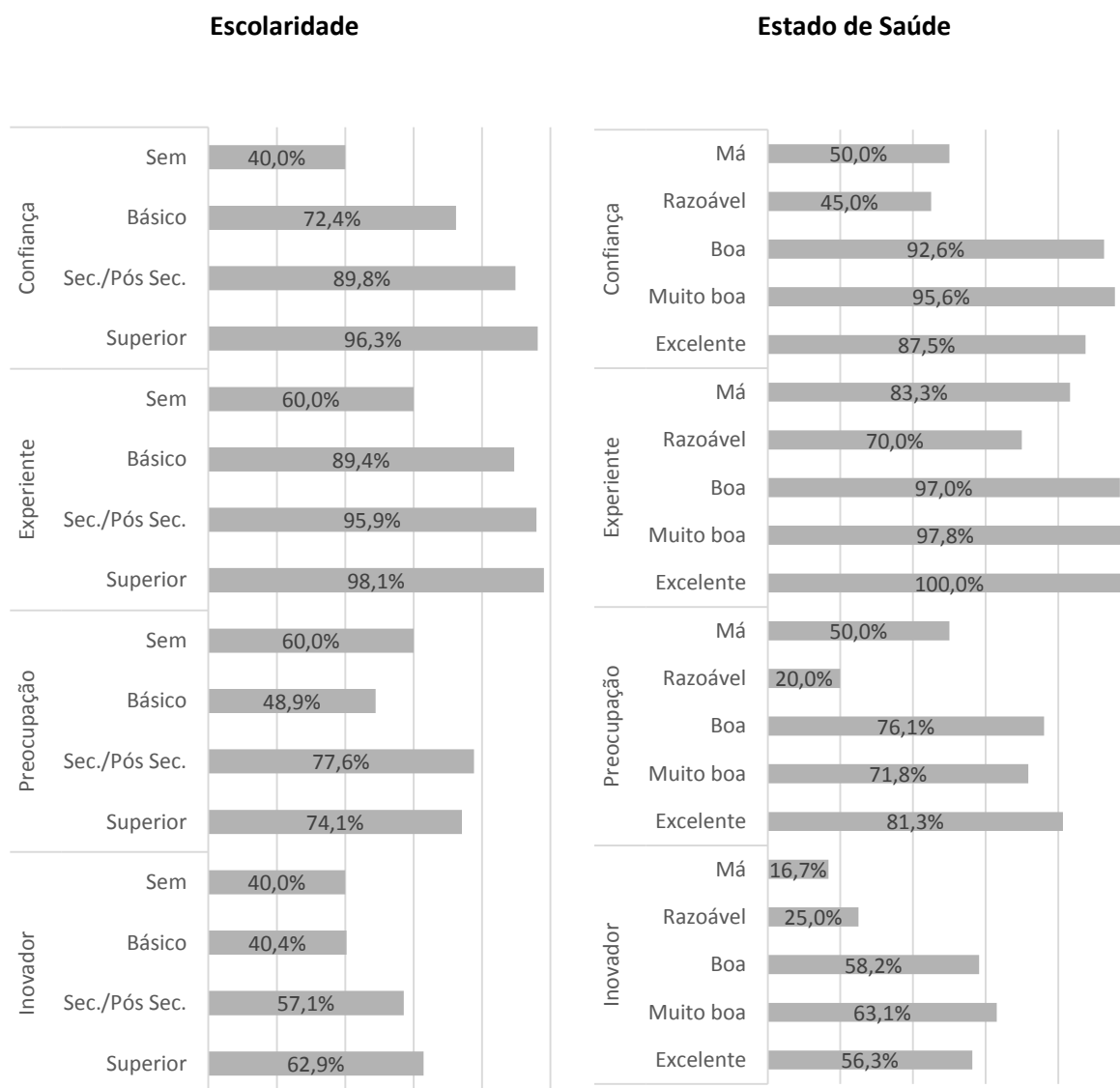
A situação atual do utente perante o trabalho influenciou a opinião sobre os critérios «Hospital de confiança» e «Hospital experiente». Os reformados e os desempregados apresentaram proporções de respostas positivas muito inferiores aos outros utentes.

Gráfico 26 - Distribuição Percentual dos Critérios «Hospital de Confiança» e «Hospital Experiente» por Situação Atual



As proporções de respostas positivas de todos os parâmetros relativos à Imagem aumentaram com o nível de escolaridade e com o seu estado de saúde como se pode verificar no Gráfico 27.

Gráfico 27 - Distribuição Percentual dos Critérios relativos à Imagem por nível de Escolaridade e Estado de Saúde



A distribuição de frequências de cada critério pelas variáveis independentes (significativas) apresenta-se no Quadro seguinte.

Quadro 27 - Distribuição Percentual dos Critérios relativos à Imagem por Idade, Situação Atual, Habilitações e Estado de Saúde

Critérios		Classe etária			Situação atual					
		15-34	35-64	65-74	Emprego	S/ Emprego	Estudante	Doméstico	Reformado	
Confiança	Muito fraca	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Fraca	0,0%	4,7%	31,7%	8,5%	7,3%	0,0%	0,0%	26,5%	
	Forte	58,6%	43,5%	34,1%	35,6%	51,2%	58,8%	100,0%	32,3%	
	Muito forte	37,9%	48,2%	29,3%	55,9%	31,7%	41,2%	0,0%	32,4%	
	NS	3,4%	1,2%	4,9%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%	5,9%	
Experiente	Muito fraca	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Fraca	0,0%	1,2%	12,2%	1,7%	2,4%	0,0%	0,0%	11,8%	
	Forte	20,7%	21,2%	36,6%	16,9%	31,7%	17,6%	50,0%	32,4%	
	Muito forte	79,3%	75,3%	46,3%	79,7%	61,0%	82,4%	50,0%	52,9%	
	NS	0,0%	1,2%	4,9%	1,7%	2,4%	0,0%	0,0%	2,9%	
		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./ Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Confiança	Muito fraca	0,0%	2,1%	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	Fraca	60,0%	21,3%	4,1%	3,7%	50,0%	45,0%	4,5%	4,3%	0,0%
	Forte	20,0%	59,6%	38,8%	37,0%	16,7%	35,0%	44,8%	47,8%	50,0%
	Muito forte	20,0%	12,8%	51,0%	59,3%	33,3%	10,0%	47,8%	47,8%	37,5%
	NS	0,0%	4,3%	4,1%	0,0%	0,0%	5,0%	1,5%	0,0%	12,5%
Experiente	Muito fraca	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	Fraca	40,0%	6,4%	0,0%	1,9%	0,0%	20,0%	1,5%	2,2%	0,0%
	Forte	40,0%	36,2%	28,6%	11,1%	33,3%	45,0%	19,4%	23,9%	25,0%
	Muito forte	20,0%	53,2%	67,3%	87,0%	50,0%	25,0%	77,6%	73,9%	75,0%
	NS	0,0%	4,3%	2,0%	0,0%	16,7%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Preocupa-se	Muito fraca	20,0%	10,6%	0,0%	1,9%	0,0%	25,0%	1,5%	2,2%	0,0%
	Fraca	20,0%	38,3%	18,4%	20,4%	50,0%	55,0%	16,4%	23,9%	18,8%
	Forte	60,0%	31,9%	49,0%	42,6%	33,3%	15,0%	40,3%	45,7%	75,0%
	Muito forte	0,0%	17,0%	28,6%	31,5%	16,7%	5,0%	35,8%	26,1%	6,3%
	NS	0,0%	2,1%	2,0%	3,7%	0,0%	0,0%	4,5%	2,2%	0,0%
	NR	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
Inovador	Muito fraca	0,0%	2,1%	0,0%	1,9%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Fraca	0,0%	23,4%	4,1%	7,4%	33,3%	30,0%	7,5%	4,3%	12,5%
	Forte	40,0%	34,0%	34,7%	33,3%	0,0%	20,0%	37,3%	37,0%	43,8%
	Muito forte	0,0%	6,4%	22,4%	29,6%	16,7%	5,0%	20,9%	26,1%	12,5%
	NS	60,0%	34,0%	38,8%	27,8%	50,0%	35,0%	34,3%	32,6%	31,3%

4.2.3 Expetativas dos Utentes

A expetativa dos utentes sobre a qualidade global, antes de terem utilizado o serviço de urgência, mostrou-se independente das variáveis independentes analisadas como se observa no quadro

Quadro 28 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Expetativas

Expetativas	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Expetativas relativamente à qualidade global	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

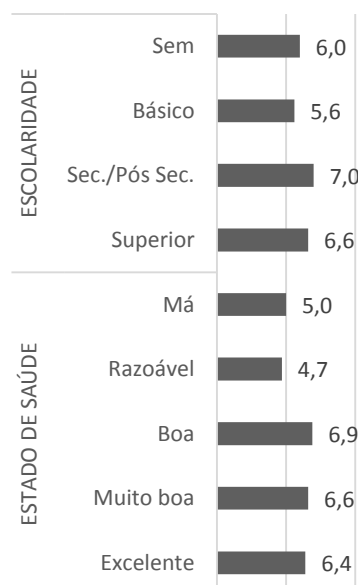
4.2.4 Qualidade Global Percecionada

A qualidade global percecionada pelos utentes mostrou-se independente do género, da idade e do estado atual do utente perante a profissão. As habilitações literárias e o estado de saúde influenciaram a qualidade global apercebida como se pode verificar através da análise ao quadro 29 e ao gráfico 28.

Quadro 29 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Expetativas

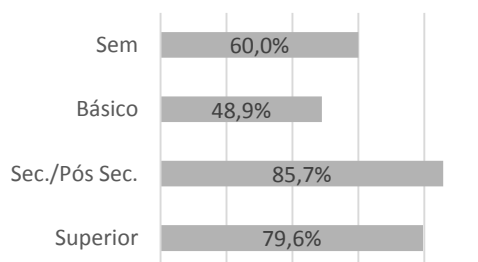
Qualidade Global Percecionada	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Qualidade Global percecionada	n.s.	n.s.	n.s.	<0.001	<0.001

Gráfico 28 - Valores Médios - Expetativas por Nível de Escolaridade e Estado de Saúde



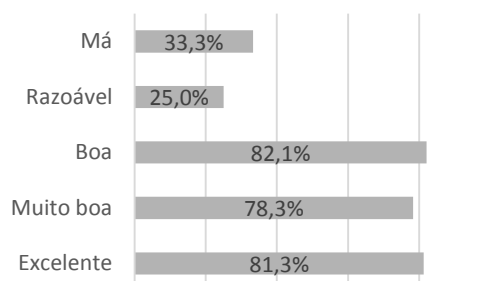
A qualidade global percecionada aumentou com as habilitações literárias do utente, de facto enquanto a proporção de satisfação global positiva é de 48,9% nos utentes com escolaridade básica, nos utentes com graus de ensino secundário ou superior o valor é de 85,7% e 79,6% respetivamente (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Distribuição Percentual das Expetativas por nível de Escolaridade



O estado de saúde do utente condicionou a perceção da qualidade global, de facto utentes com um estado de saúde considerado razoável apenas têm uma opinião positiva em 25% dos casos e nos utentes com melhor estado de saúde esta percentagem é superior a 75% (Gráfico 30).

Gráfico 30 – Distribuição Percentual das Expetativas por Estado de Saúde



O Quadro 30 resume a distribuição percentual desta dimensão por habilitações e estado de saúde.

Quadro 30 – Distribuição Percentual das Expetativas por Habilidade e Estado de Saúde

		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Qualidade Global	Muito fraca	0,0%	6,4%	0,0%	7,4%	0,0%	20,0%	1,5%	4,3%	0,0%
	Fraca	40,0%	44,7%	14,3%	13,0%	66,7%	55,0%	16,4%	17,4%	18,8%
	Forte	60,0%	38,3%	49,0%	50,0%	33,3%	20,0%	49,3%	45,7%	75,0%
	Muito forte	0,0%	10,6%	36,7%	29,6%	0,0%	5,0%	32,8%	32,6%	6,3%

4.2.5 Espera

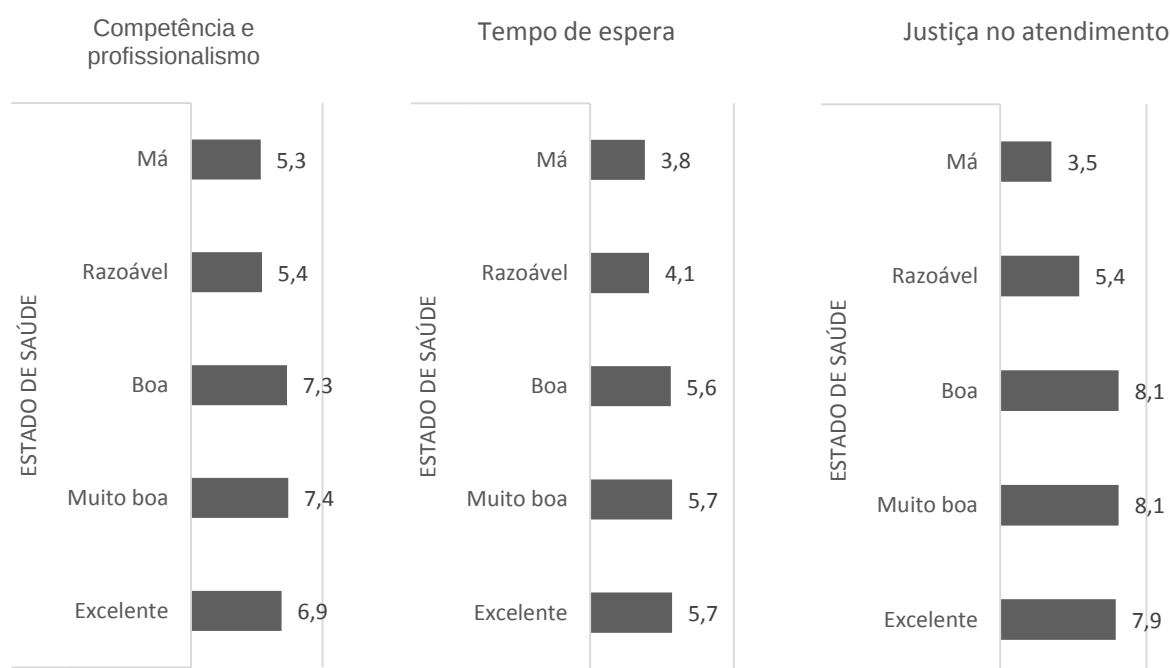
O Quadro 31 mostra os resultados dos testes de comparação dos valores médios dos diferentes indicadores desta dimensão com as variáveis independentes e o gráfico 31 mostra a variação dos valores médios para cada parâmetro e por variável independente.

A dimensão «Espera» mostrou-se independente do género, da idade, do estado atual e das habilitações literárias dos utentes. O estado de saúde do utente influenciou os valores dos três parâmetros contemplados no estudo para avaliação desta dimensão.

Quadro 31 - Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e a Espera

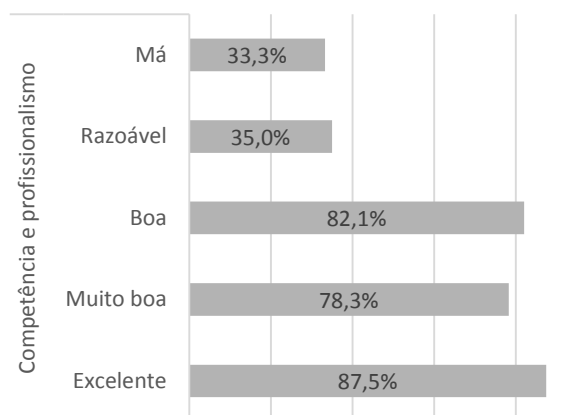
Espera	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Competência e profissionalismo do técnico na triagem de prioridades	n.s	n.s	n.s	n.s	<0,001
Tempo de espera para ser atendido	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05
Justiça da ordem de atendimento dos pacientes	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,005

Gráfico 31 - Valores Médios - Espera por Estado de Saúde



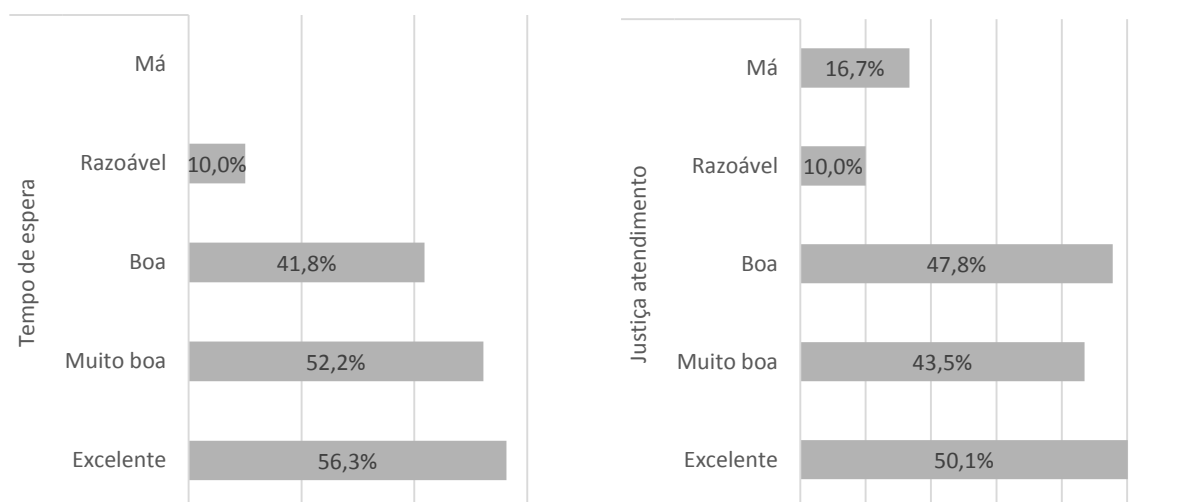
O estado de saúde do utente condicionou a perceção da competência e profissionalismo do técnico que fez a triagem de prioridades. De facto, utentes com uma saúde considerada Má ou Razoável apenas têm uma opinião positiva em cerca de 30% dos casos enquanto nos utentes com um estado de saúde melhor essa percentagem sobe para cima dos 80% (Gráfico 32).

Gráfico 32 - Distribuição Percentual da Competência e Profissionalismo do técnico da triagem de prioridades por Estado de Saúde



Por outro lado, o estado de saúde também condicionou a opinião sobre o tempo de espera para ser atendido e a justiça da ordem pela qual o utente foi atendido. Apenas 10% dos utentes com uma saúde considerada Má ou razoável têm uma opinião positiva enquanto nos outros utentes essa opinião atinge os 40-50%.

Gráfico 33 - Distribuição Percentual do Tempo de Espera e Justiça no Atendimentos por Estado de Saúde



O Quadro 32 resume a distribuição percentual desta dimensão por estado de saúde.

Quadro 32 - Distribuição Percentual da Espera por Estado de Saúde

		Estado de saúde				
		Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Competência e profissionalismo	Muito fraca	0,0%	5,0%	3,0%	0,0%	0,0%
	Fraca	33,3%	35,0%	7,5%	6,5%	0,0%
	Forte	33,3%	30,0%	38,8%	34,8%	75,0%
	Muito forte	0,0%	5,0%	43,3%	43,5%	12,5%
	Não sabe	33,3%	25,0%	6,0%	15,2%	12,5%
	Não responde	0,0%	0,0%	150,0%	0,0%	0,0%
Tempo de espera	Muito fraca	16,7%	3,0%	13,4%	15,2%	12,5%
	Fraca	83,3%	30,0%	29,9%	30,4%	25,0%
	Forte	0,0%	5,0%	25,4%	37,0%	50,0%
	Muito forte	0,0%	5,0%	16,4%	15,2%	6,3%
	Não sabe	0,0%	30,0%	14,9%	2,2%	6,3%
	Não responde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Justiça na ordem	Muito fraca	16,7%	10,0%	1,5%	2,2%	0,0%
	Fraca	0,0%	20,0%	4,5%	2,2%	6,3%
	Forte	16,7%	0,0%	9,0%	10,9%	18,8%
	Muito forte	0,0%	10,0%	38,8%	32,6%	31,3%
	Não sabe	66,7%	60,0%	46,3%	52,2%	37,5%
	Não responde	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3

4.2.6 Instalações

A dimensão Instalações, nos cinco critérios avaliados, mostrou-se independente do género mas difere com o estado de saúde dos utentes.

Os critérios «Facilidade em encontrar a urgência» e «Limpeza e higiene das instalações» dependeram da idade e das habilitações dos utentes. Salienta-se que o estado atual também influenciou a «Facilidade em encontrar as urgências», como se observa no quadro 33 e no Gráfico 34.

Quadro 33 – Resultados dos testes estatísticos entre as variáveis independentes e as Instalações

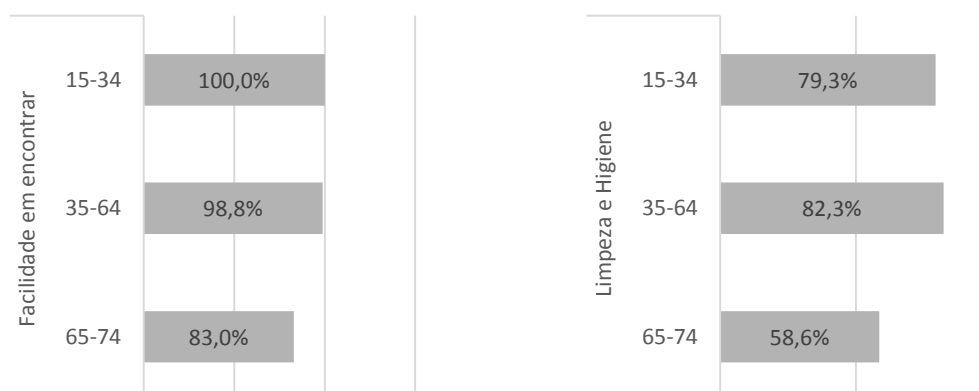
Instalações	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Facilidade em encontrar a Urgência	n.s	<0,05	<0,05	<0,01	<0,005
Limpeza e higiene das instalações	n.s.	<0,01	n.s.	<0,005	<0,001
Conforto e comodidade da Urgência	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001
Proteção da privacidade na Urgência	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001
Qualidade global das Instalações	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01

Gráfico 34 – Valores Médios – Instalações por Variáveis Independentes



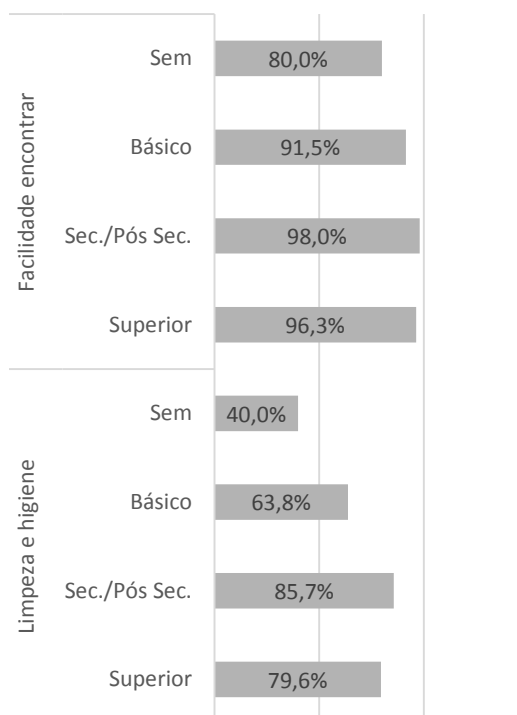
A facilidade em encontrar a urgência foi menor nos indivíduos mais velhos e nos reformados e os indivíduos mais velhos não pontuaram tão positivamente a limpeza e higiene das instalações como se verifica no Gráfico 35.

Gráfico 35 - Distribuição Percentual da Facilidade em encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Idade



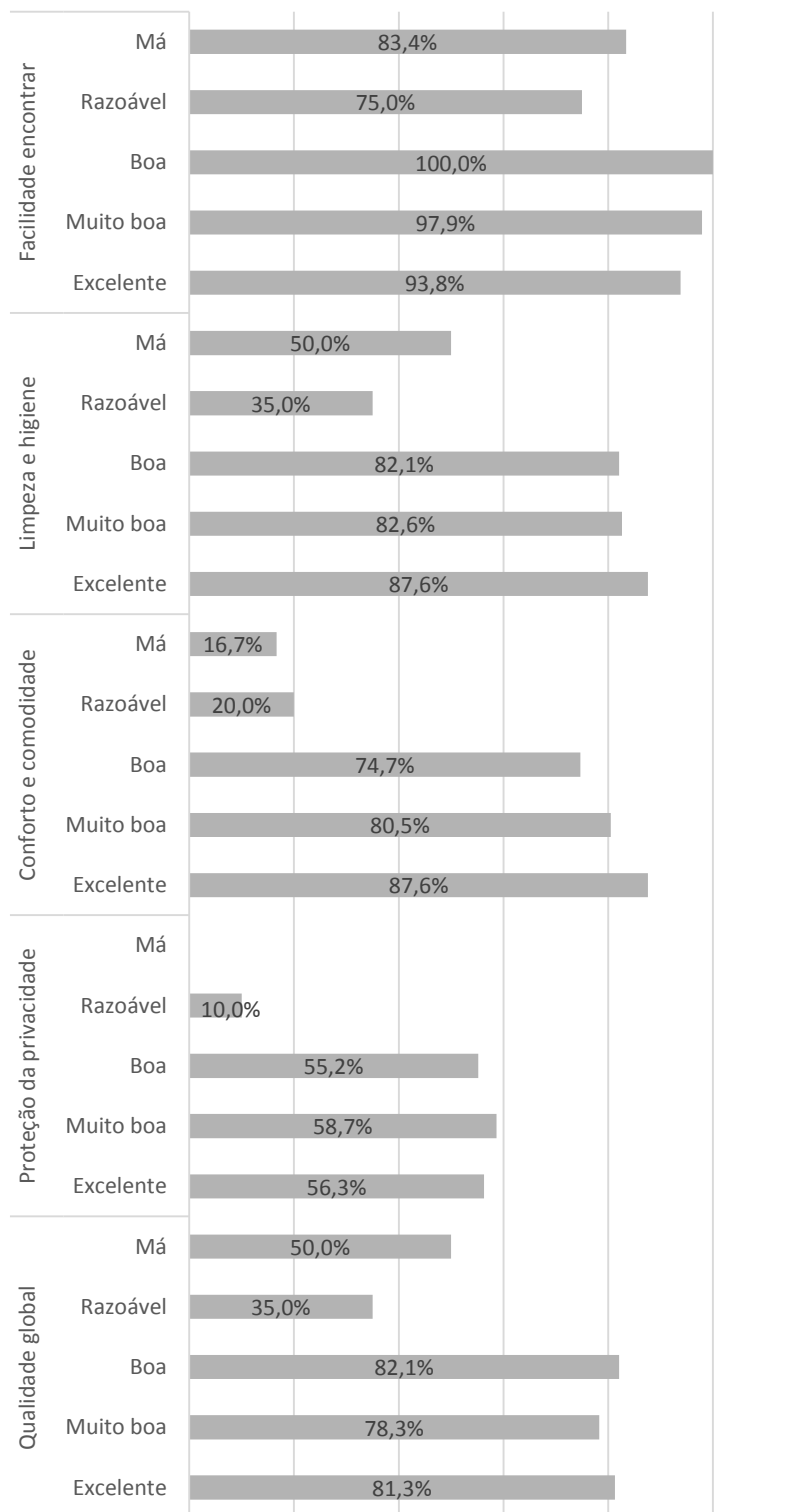
O nível de instrução dos utentes influenciou a facilidade em encontrar a urgência e os utentes com mais estudos pontuaram melhor o indicador relativo à Limpeza e higiene das instalações (Gráfico 36).

Gráfico 36 - Distribuição Percentual da Facilidade em Encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Habilitações Literárias



Por outro lado o estado de saúde do utente influenciou todos os critérios avaliativos das Instalações, sendo que os utentes com estados de saúde melhores apresentaram maiores níveis de satisfação relativamente às Instalações.

Gráfico 37 - Distribuição Percentual das Instalações por Estado de Saúde



Os Quadros seguintes resumem a distribuição percentual desta dimensão por habilitações e estado de saúde.

Quadro 34 - Distribuição Percentual da Facilidade em Encontrar a Urgência e Limpeza e Higiene por Habilitações Literárias e Estado de Saúde

Instalações		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Facilidade encontrar	Muito fraca	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Fraca	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Forte	20,0%	25,5%	8,2%	3,7%	16,7%	30,0%	13,4%	2,2%	12,5%
	Muito forte	60,0%	66,0%	89,8%	92,6%	66,7%	45,0%	86,6%	95,7%	81,3%
	Não sabe	20,0%	8,5%	2,0%	1,9%	6,7%	20,0%	0,0%	2,2%	6,3%
Limpeza e higiene	Muito fraca	20,0%	6,4%	2,0%	5,6%	33,3%	20,0%	3,0%	0,0%	0,0%
	Fraca	40,0%	29,8%	10,2%	11,1%	16,7%	45,0%	13,4%	13,0%	12,5%
	Forte	20,0%	48,9%	55,1%	44,4%	16,7%	25,0%	47,8%	60,9%	56,3%
	Muito forte	20,0%	14,9%	30,6%	35,2%	33,3%	10,0%	34,3%	21,7%	31,3%
	Não sabe	0,0%	0,0%	2,0%	3,7%	0,0%	0,0%	1,5%	4,3%	0,0%

Quadro 35 - Distribuição Percentual do Conforto e Comodidade, Proteção da Privacidade e Qualidade Global por Estado de Saúde

Instalações		Estado de saúde				
		Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Conforto e comodidade	Muito fraca	16,7%	25,0%	9,0%	2,2%	0,0%
	Fraca	66,7%	50,0%	14,9%	15,2%	12,5%
	Forte	16,7%	15,0%	46,3%	52,2%	68,8%
	Muito forte	0,0%	5,0%	28,4%	28,3%	18,8%
	Não sabe	0,0%	5,0%	1,5%	2,2%	0,0%
Proteção da privacidade	Muito fraca	16,7%	35,0%	11,9%	8,7%	0,0%
	Fraca	83,3%	50,0%	28,4%	30,4%	43,8%
	Forte	0,0%	10,0%	37,3%	34,8%	43,8%
	Muito forte	0,0%	0,0%	17,9%	23,9%	12,5%
	Não sabe	0,0%	5,0%	4,5%	2,2%	0,0%
Qualidade global	Muito fraca	0,0%	10,0%	7,5%	2,2%	0,0%
	Fraca	50,0%	55,0%	9,0%	15,2%	18,8%
	Forte	33,3%	35,0%	47,8%	43,5%	43,8%
	Muito forte	16,7%	0,0%	34,3%	34,8%	37,5%
	Não sabe	0,0%	0,0%	1,5%	4,3%	0,0%

4.2.7 Médicos

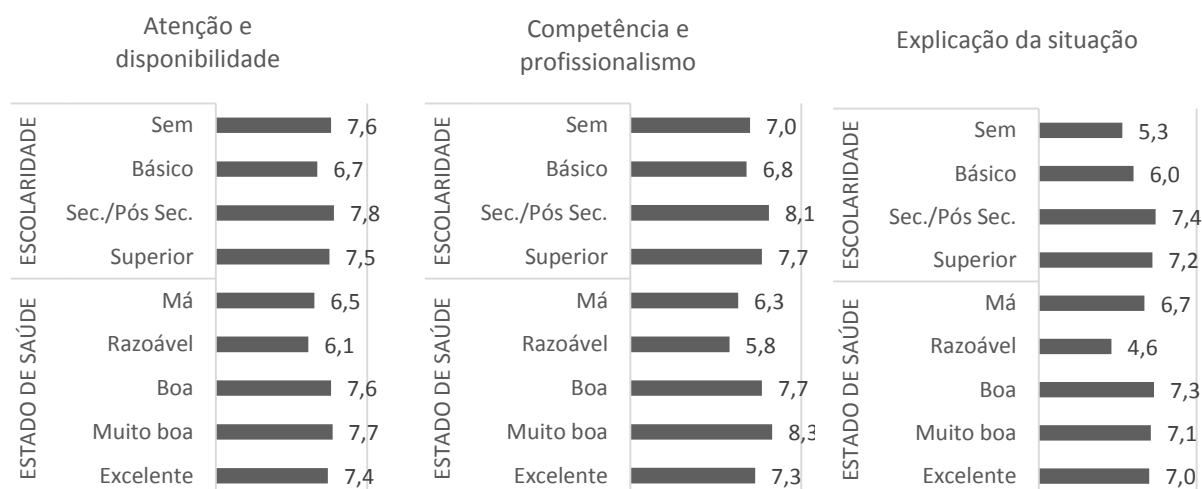
A avaliação da qualidade apercebida dos médicos em termos da qualidade global e dos cinco itens analisados não dependeu do género, idade ou da situação atual. Por outro lado, todos os critérios relativos aos Médicos variam por nível de escolaridade e por estado de saúde do utente como consta do quadro 36.

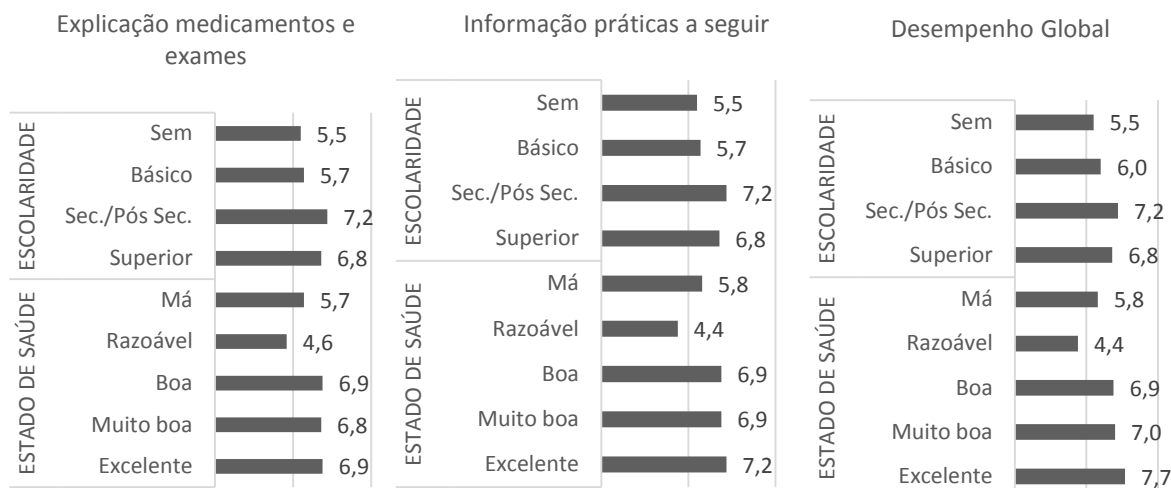
Quadro 36 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Variáveis Independentes e os critérios de avaliação dos Médicos

Médicos	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Atenção e disponibilidade	n.s	n.s	n.s	<0,01	<0,005
Competência e profissionalismo	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05	<0,001
Forma como explicaram a condição do utente	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001
Explicações sobre medicamentos prescritos e exames a realizar	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001
Informação sobre cuidados e práticas a seguir após o atendimento	n.s.	n.s.	n.s.	<0,005	<0,001
Qualidade global do desempenho dos médicos	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01	<0,001

Os valores médios dos parâmetros avaliativos da qualidade dos Médicos aumentam com o nível de escolaridade existindo uma diferença significativa entre os utentes com o ensino básico e os utentes com níveis superiores de instrução. Por outro lado, o estado de saúde do utente condiciona a sua perceção acerca desta dimensão, utentes com estados de saúde Razoável apresentam valores médios inferiores aos utentes com níveis de saúde melhores como se pode verificar através da análise do Gráfico seguinte.

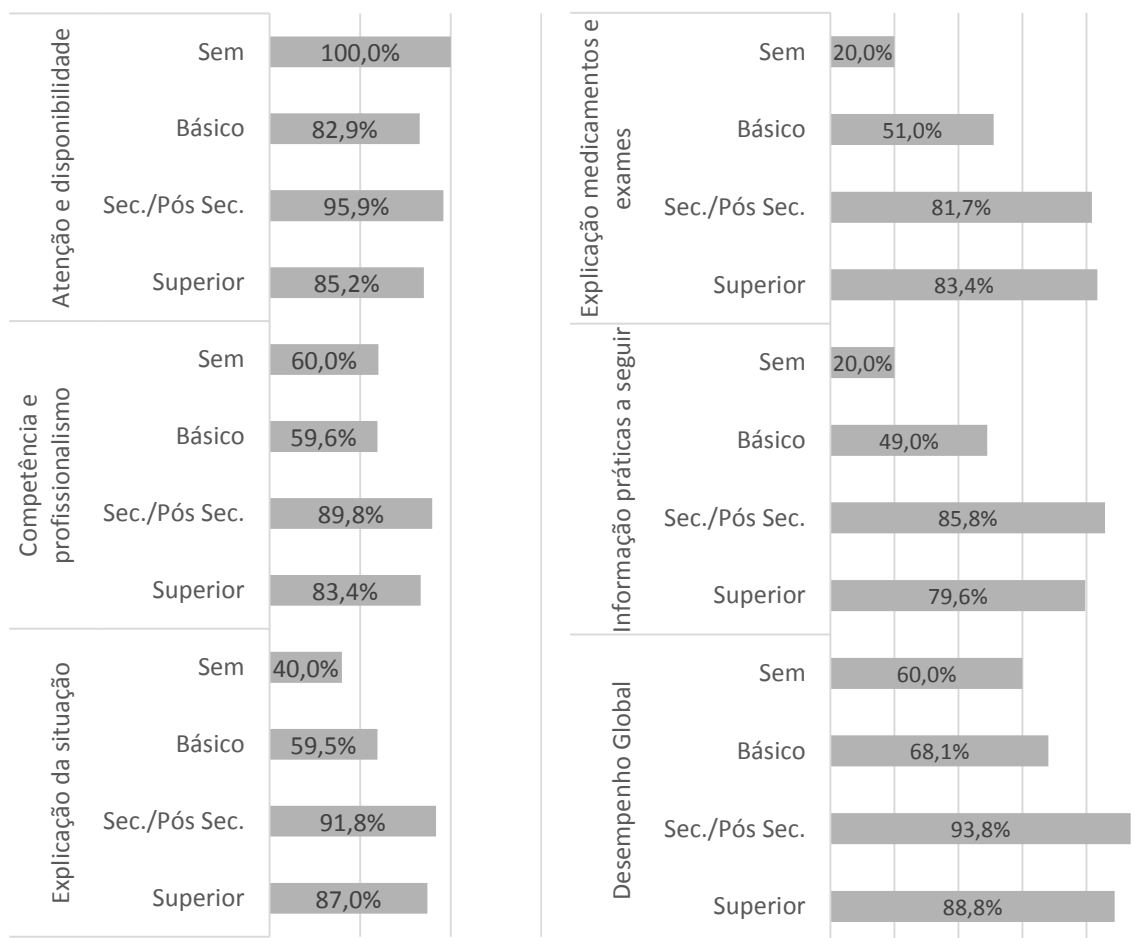
Gráfico 38 - Valores Médios - Critérios de Satisfação dos Utentes relativamente aos Médicos por Nível de Escolaridade e Estado de Saúde





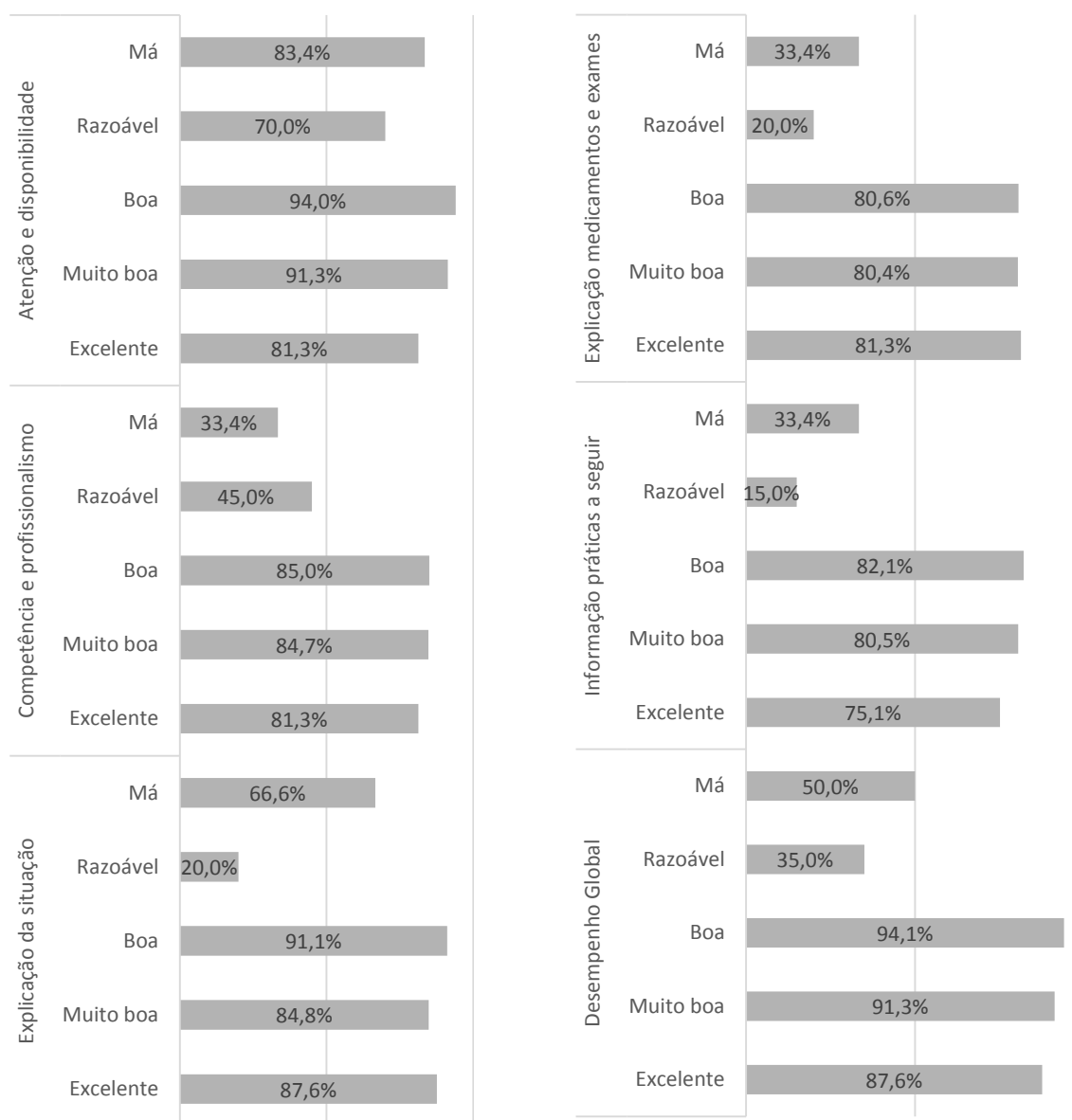
O nível de instrução dos utentes influenciou todos os critérios de avaliação dos médicos verificando-se que a opinião positiva aumentou significativamente assim que o ensino é superior ao básico.

Gráfico 39 - Distribuição Percentual dos Critérios Avaliativos da Qualidade dos Médicos por Habilitações Literárias



Por outro lado, o estado de saúde do utente também influenciou a perceção positiva dos critérios avaliativos da qualidade dos médicos. Nota-se uma diferença muito significativa entre os utentes com uma saúde considerada razoável e os utentes com uma saúde melhor.

Gráfico 40 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação da Qualidade dos Médicos por Estado de Saúde



O Quadro 37 resume a distribuição percentual desta dimensão por habilitações literárias e estado de saúde.

Quadro 37 – Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação da Qualidade dos Médicos na Perspetiva do Utente por Habilitações Literárias e Estado de Saúde

Médicos		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Atenção e disponibilidade	Muito fraca	0,0%	2,1%	2,0%	1,9%	0,0%	10,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	Fraca	0,0%	14,9%	2,0%	9,3%	16,7%	15,0%	3,0%	8,7%	18,8%
	Forte	40,0%	48,9%	36,7%	31,5%	66,7%	55,0%	41,8%	30,4%	18,8%
	Muito forte	60,0%	34,0%	59,2%	53,7%	16,7%	15,0%	52,2%	60,9%	62,5%
	NS	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	0,0%	5,0%	1,5%	0,0%	0,0%
Competência e profissionalismo	Muito fraca	0,0%	0,0%	2,0%	1,9%	0,0%	5,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	Fraca	20,0%	25,5%	0,0%	5,6%	33,3%	40,0%	4,5%	2,2%	12,5%
	Forte	20,0%	29,8%	26,5%	27,8%	16,7%	30,0%	31,3%	21,7%	31,3%
	Muito forte	40,0%	29,8%	63,3%	55,6%	16,7%	15,0%	53,7%	63,0%	50,0%
	NS	20,0%	14,9%	4,1%	7,4%	33,3%	10,0%	7,5%	10,9%	0,0%
	NR	0,0%	0,0%	4,1%	1,9%	0,0%	0,0%	1,5%	2,2%	6,3%
Explicação da situação	Muito fraca	20,0%	6,4%	2,0%	1,9%	0,0%	20,0%	1,5%	2,2%	0,0%
	Fraca	20,0%	31,9%	6,1%	11,1%	33,3%	55,0%	6,0%	13,0%	12,5%
	Forte	40,0%	40,4%	40,8%	46,3%	33,3%	20,0%	44,8%	45,7%	56,3%
	Muito forte	0,0%	19,1%	51,0%	40,7%	33,3%	0,0%	46,3%	39,1%	31,3%
	NS	20,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	1,5%	0,0%	0,0%
Explicação medicamentos e exames	Muito fraca	20,0%	4,3%	2,0%	5,6%	0,0%	15,0%	1,5%	4,3%	6,3%
	Fraca	40,0%	40,4%	12,2%	11,1%	66,7%	55,0%	14,9%	15,2%	6,3%
	Forte	0,0%	40,4%	38,8%	51,9%	16,7%	20,0%	47,8%	47,8%	43,8%
	Muito forte	20,0%	10,6%	42,9%	31,5%	16,7%	0,0%	32,8%	32,6%	37,5%
	NS	20,0%	4,3%	4,1%	0,0%	0,0%	10,0%	3,0%	0,0%	6,3%
Informação práticas a seguir	Muito fraca	20,0%	6,4%	2,0%	5,6%	0,0%	25,0%	3,0%	2,2%	0,0%
	Fraca	40,0%	40,4%	10,2%	14,8%	66,7%	60,0%	13,4%	15,2%	12,5%
	Forte	0,0%	36,2%	42,9%	44,4%	16,7%	15,0%	46,3%	43,5%	43,8%
	Muito forte	20,0%	12,8%	42,9%	35,2%	16,7%	0,0%	35,8%	37,0%	31,3%
	NS	20,0%	4,3%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	2,2%	12,5%
Desempenho Global	Muito fraca	0,0%	2,1%	2,0%	1,9%	0,0%	10,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	Fraca	20,0%	29,8%	4,1%	7,4%	50,0%	55,0%	3,0%	8,7%	6,3%
	Forte	40,0%	46,8%	36,7%	40,7%	33,3%	25,0%	49,3%	41,3%	31,3%
	Muito forte	20,0%	21,3%	57,1%	48,1%	16,7%	10,0%	44,8%	50,0%	56,3%
	NS	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	NR	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%

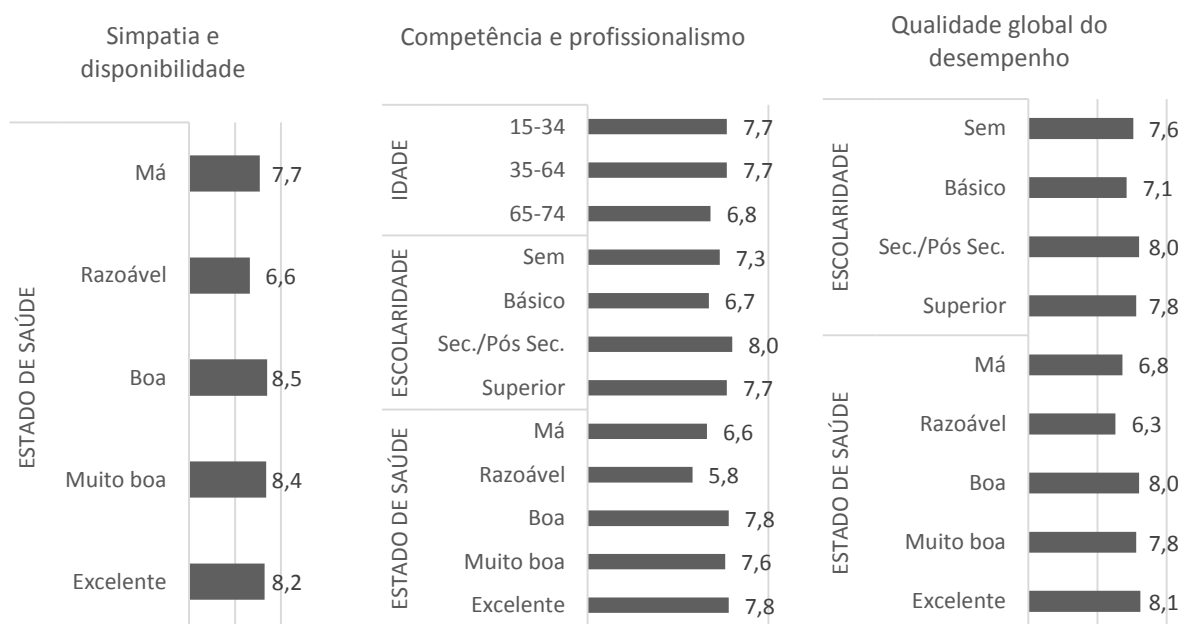
4.2.8 Enfermeiros

A avaliação da qualidade dos enfermeiros em termos de desempenho global e de dois critérios (simpatia e disponibilidade e competência e profissionalismo) não dependeu do género nem da situação atual. O critério competência e profissionalismo não foi tão valorizado pelos utentes com idade superior a 64 anos e os níveis de escolaridade influenciaram a perceção da competência e profissionalismo e o desempenho global. Por outro lado o estado de saúde do utente influencia a perceção de todos os critérios analisados. Estes resultados podem ser averiguados no Quadro 38 e Gráfico

Quadro 38 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Variáveis Independentes e os critérios de avaliação dos Enfermeiros

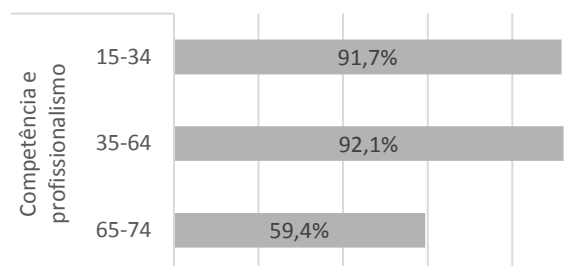
Enfermeiros	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Simpatia e disponibilidade	n.s	n.s	n.s	n.s.	<0,001
Competência e profissionalismo	n.s.	<0,05	n.s.	<0,005	<0,001
Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05	<0,001

Gráfico 41 - Valores Médios - Critérios Avaliativos da Qualidade dos Enfermeiros por Variáveis Independentes



Os níveis do critério «Competência e profissionalismo» foram inferiores na classe etária mais velha, de facto, enquanto nas duas primeiras classes a proporção de utentes com opinião positiva é superior a 90% na classe etária mais velha é de apenas 59,4%, como se observa no gráfico seguinte.

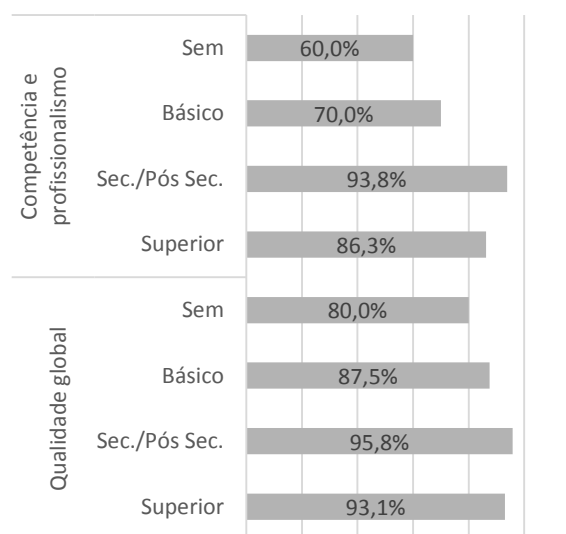
Gráfico 42 - Distribuição Percentual do Critério «Competência e Profissionalismo» pela Idade



A proporção de utentes com opinião positiva sobre a competência e profissionalismo variou significativamente entre os grupos de utentes sem habilitações ou educação básica e os utentes com níveis superiores de educação (Gráfico 43).

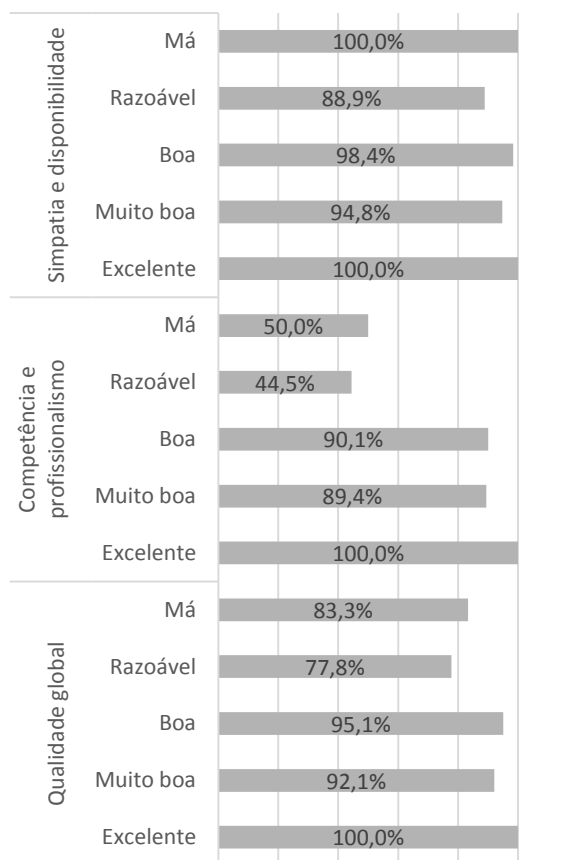
O mesmo aconteceu com o indicador Desempenho global do pessoal de enfermagem, os dois primeiros níveis de habilitações atingem cerca de 80% de opiniões positivas sendo que nos utentes com níveis superiores de habilitações essa percentagem passa para valores superiores a 95% (Gráfico 43).

Gráfico 43 - Distribuição Percentual dos Critérios «Competência e Profissionalismo» e «Qualidade Global» por Habilitações Literárias



O estado de saúde do utente influenciou todos os critérios avaliativos relativos aos Enfermeiros, existindo uma diferença significativa quando comparamos a proporção de utentes com um estado de saúde razoável com satisfação positiva com a proporção em utentes com um estado de saúde melhor.

Gráfico 44 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação dos Enfermeiros por Estado de Saúde



Os Quadros resumem a distribuição percentual deste indicador por habilitações e estado de saúde.

Quadro 39 - Distribuição Percentual dos Critérios avaliativos dos Enfermeiros por Habilitações Literárias e Estado de Saúde

Enfermeiros		Habilitações			
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior
Competência e profissionalismo	Muito fraca	0,0%	0,0%	2,1%	2,3%
	Fraca	20,0%	25,0%	0,0%	2,3%
	Forte	20,0%	45,0%	37,5%	31,8%
	Muito forte	40,0%	25,0%	56,3%	54,5%
	NS	20,0%	5,0%	4,2%	9,1%
Qualidade global	Muito fraca	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%
	Fraca	20,0%	12,5%	0,0%	4,5%
	Forte	20,0%	52,5%	33,3%	29,5%
	Muito forte	60,0%	35,0%	62,5%	63,6%
	NS	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%
	NR	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%

Enfermeiros		Estado de saúde				
		Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Simpatia e disponibilidade	Muito fraca	0,0%	11,1%	1,6%	2,6%	0,0%
	Fraca	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Forte	50,0%	66,7%	14,8%	13,2%	28,6%
	Muito forte	50,0%	22,2%	83,6%	81,6%	71,4%
	NS	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%
Competência e profissionalismo	Muito fraca	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%
	Fraca	33,3%	38,9%	1,6%	5,3%	0,0%
	Forte	16,7%	38,9%	34,4%	44,7%	35,7%
	Muito forte	33,3%	5,6%	55,7%	44,7%	64,3%
	NS	16,7%	16,7%	4,9%	5,3%	0,0%
Qualidade global	Muito fraca	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%
	Fraca	16,7%	22,2%	1,6%	5,3%	0,0%
	Forte	50,0%	66,7%	29,5%	39,5%	21,4%
	Muito forte	33,3%	11,1%	65,6%	52,6%	78,6%
	NS	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%

4.2.9 Exames e Tratamentos

A avaliação da qualidade dos exames e tratamentos em termos da qualidade global e dos critérios analisados não dependeu do género, da situação atual e das habilitações literárias. O tempo de espera não dependeu de nenhuma variável independente. Para os outros critérios, a classe etária relacionou-se com a qualidade global dos serviços prestados e o estado de saúde do utente condicionou a perceção de todos os critérios. Estas conclusões estão patentes no Quadro 40.

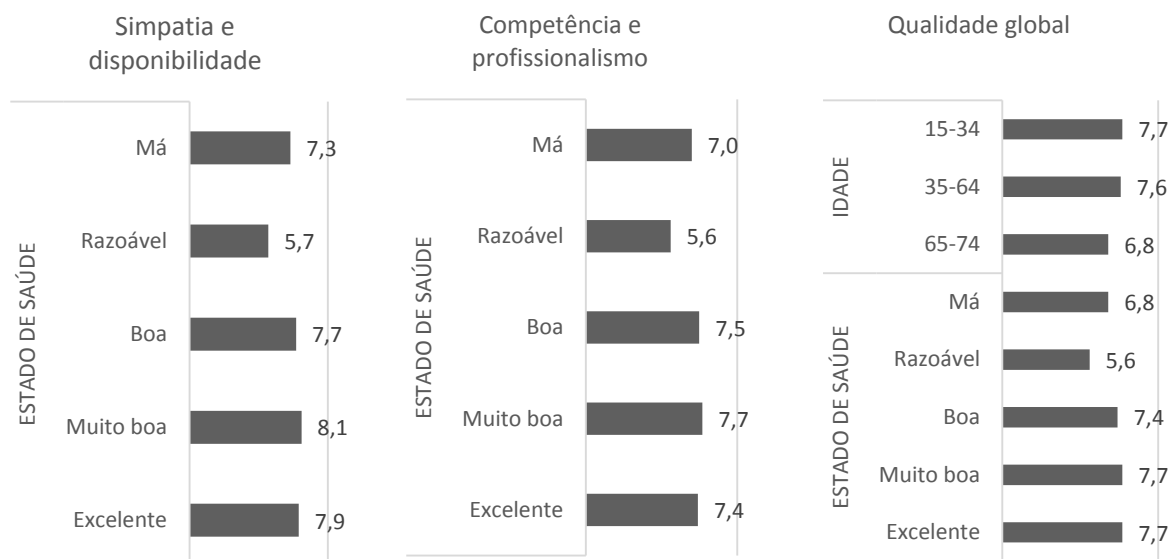
Quadro 40 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão Exames e Tratamentos e as Variáveis Independentes

Exames e Tratamentos	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Tempo de espera	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001
Competência e profissionalismo dos técnicos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05
Qualidade global dos serviços prestados	n.s.	<0,05	n.s.	n.s.	<0,005

Os valores médios da qualidade global tendem a diminuir com o avançar da idade, sendo a diferença significativa após os 64 anos. Por outro lado, o estado de saúde do utente

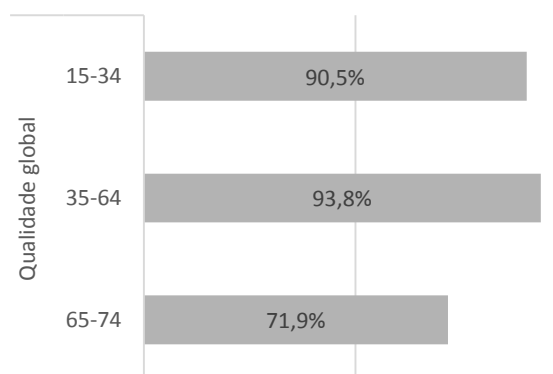
condiciona a sua perceção em todos os critérios analisados, utentes com estados de saúde Razoável apresentam valores médios inferiores aos utentes com níveis de saúde melhores.

Gráfico 45 - Valores Médios - Critérios de Avaliação da Dimensão «Exames e Tratamentos» por Estado de Saúde e Idade



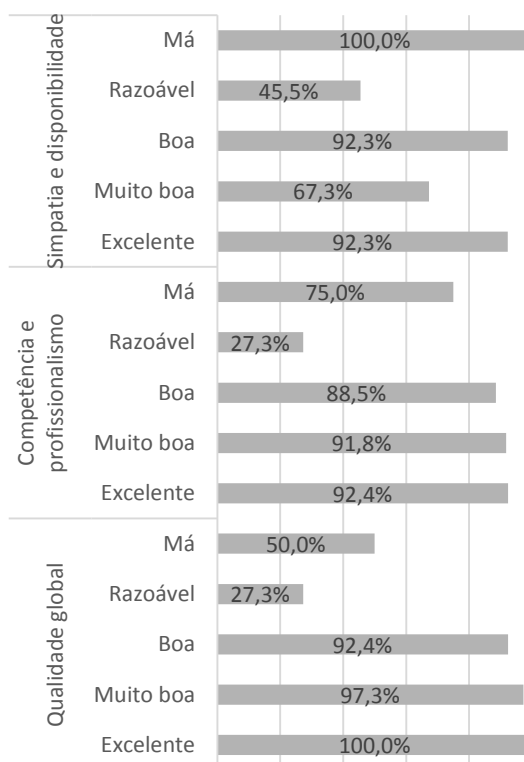
A qualidade global dos serviços prestados dependeu da idade do utente, de facto a proporção de utentes com uma opinião positiva da qualidade global nas duas primeiras classes etárias é muito superior à da dos utentes mais velhos.

Gráfico 46 - Distribuição Percentual do Critério «Qualidade Global» por Idade



Todos os critérios exceto o tempo de espera dependeram do estado de saúde do utente. Verifica-se que a proporção de respostas positivas a este item diferem significativamente quando se passa do estado de saúde Razoável para uma saúde melhor, como se observa no Gráfico 47.

Gráfico 47 - Distribuição Percentual dos Critérios de Avaliação dos Exames e Tratamentos por Estado de Saúde



O Quadro seguinte resume a distribuição percentual desta dimensão por estado de saúde.

Quadro 41 - Distribuição Percentual dos Exames e Tratamentos por Estado de Saúde

Exames e Tratamentos		Estado de saúde				
		Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Muito fraca	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Fraca	0,0%	9,1%	5,8%	0,0%	7,7%
	Forte	50,0%	45,5%	30,8%	21,6%	23,1%
	Muito forte	50,0%	0,0%	61,5%	45,7%	69,2%
	NS	0,0%	36,4%	1,9%	2,7%	0,0%
Competência e profissionalismo dos técnicos	Muito fraca	25,0%	18,2%	1,9%	0,0%	7,7%
	Fraca	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Forte	25,0%	27,3%	48,1%	48,6%	46,2%
	Muito forte	50,0%	0,0%	40,4%	43,2%	46,2%
	NS	0,0%	54,5%	9,6%	8,1%	0,0%
Qualidade global dos serviços prestados	Muito fraca	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%
	Fraca	50,0%	36,4%	5,8%	0,0%	0,0%
	Forte	0,0%	27,3%	46,2%	54,1%	38,5%
	Muito forte	50,0%	0,0%	46,2%	43,2%	61,5%
	NS	0,0%	36,4%	0,0%	2,7%	0,0%

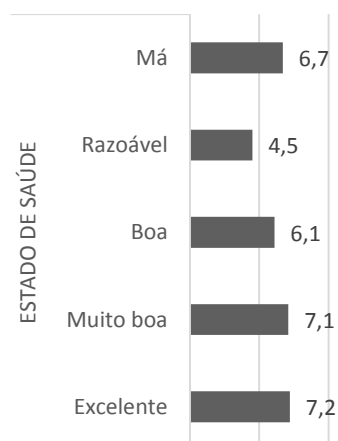
4.2.10 Internamento após Urgência

A qualidade apercebida do processo de transferência das Urgências para os Internamentos apenas se relacionou com o estado de saúde do utente, apresentando os indivíduos com melhor estado de saúde valores superiores como se pode verificar no quadro e gráfico seguidamente apresentados.

Quadro 42 - Resultados dos Testes Estatísticos entre o Processo de Transferência das Urgências para os Internamentos e as Variáveis Independentes

Processo de Transferência das Urgências para os Internamentos	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Tempo de espera da Urgência para o internamento	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0.05

Gráfico 48 - Valor Médio - Processo de Transferências das Urgências para os Internamentos por Estado de Saúde



Embora o valor médio dos utentes com um estado de saúde razoável seja significativamente inferior ao dos outros utentes a análise bivariada das associações não revelou diferenças significativas.

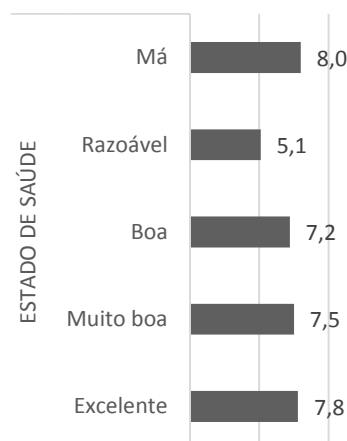
4.2.11 Família

A avaliação da qualidade apercebida da Família, perspetivada em termos da forma como o hospital lidou com a família do utente apenas se relacionou com o estado de saúde do utente tendendo a aumentar à medida que o estado de saúde é melhor. Note-se que a classe dos utentes com um estado de saúde Má tem poucos efetivos (3) o que condiciona o seu valor médio. Estes dados estão contemplados no quadro 43 e no gráfico 49.

Quadro 43 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Forma como o Hospital lidou com a Família e as Variáveis Independentes

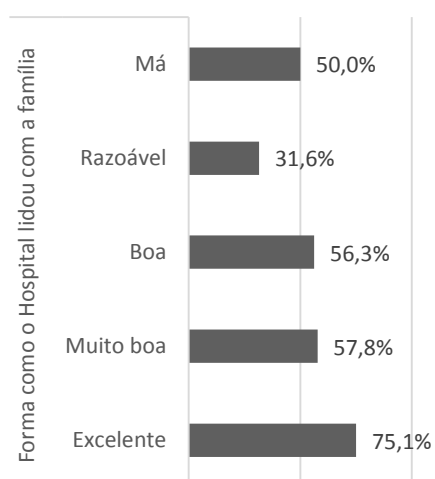
Família	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Forma como o Hospital lidou com a Família	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001

Gráfico 49 - Valor Médio - Forma como o Hospital lidou com a Família do Utente por Estado de Saúde do mesmo



A opinião dos utentes acerca da forma como o hospital lidou com a sua família foi inferior nos utentes com um estado de saúde razoável comparativamente aos utentes com níveis superiores como se observa no Gráfico 50.

Gráfico 50 - Distribuição Percentual da Forma como o Hospital Lidou com a Família pelo Estado de Saúde



O Quadro 44 resume a distribuição percentual desta dimensão por estado de saúde.

Quadro 44 - Distribuição Percentual da Forma como o Hospital lidou com a Família do Utente por Estado de Saúde do mesmo

Família		Estado de saúde				
		Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Forma como o Hospital lidou com a família	Muito fraca	0,0%	10,5%	0,0%	4,4%	0,0%
	Fraca	0,0%	21,1%	7,8%	0,0%	0,0%
	Forte	16,7%	26,3%	34,4%	22,2%	31,3%
	Muito forte	33,3%	5,3%	21,9%	35,6%	43,8%
	NS	50,0%	36,8%	35,9%	37,8%	25,0%

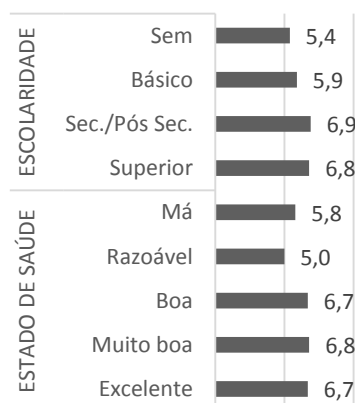
4.2.12 Cumprimento das Expetativas

O cumprimento das expetativas não diferiu por género, classe etária nem por situação atual. O cumprimento das expetativas apresentou melhores valores médios em utentes com mais habilitações e com estados de saúde melhores (Quadro 45 e Gráfico 51).

Quadro 45 - Resultados dos Testes Estatísticos relativos ao Cumprimento de Expetativas pelas Variáveis Independentes

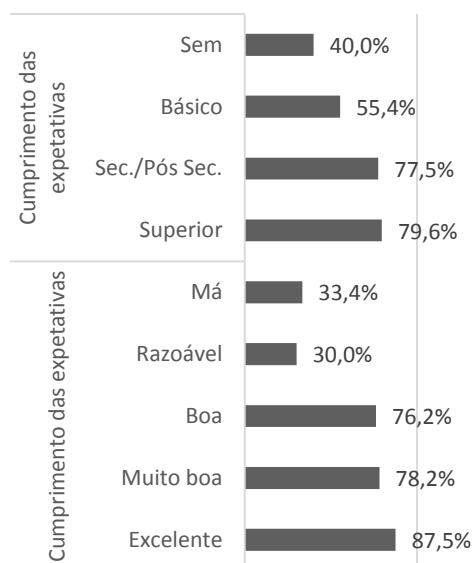
Cumprimento das expetativas	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Cumprimento das expetativas	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01	<0,001

Gráfico 51 - Valores Médios - Cumprimento das Expetativas por Escolaridade e Estado de Saúde



O nível de instrução dos utentes influenciou o cumprimento das expetativas e verificou-se que a opinião positiva aumenta significativamente em utentes com níveis de instrução superior. Por outro lado, o estado de saúde do utente também influenciou este critério notando-se uma diferença muito significativa entre os utentes com uma saúde considerada Má e razoável e os utentes com uma saúde melhor (Gráfico 52).

Gráfico 52 - Distribuição Percentual do Cumprimento das Expetativas por Escolaridade e Estado de Saúde



O Quadro 46 resume a distribuição percentual desta dimensão por habilitações e estado de saúde.

Quadro 46 – Distribuição Percentual do Cumprimento das Expetativas por Habilitações e Estado de Saúde

Cumprimento das Expetativas		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Cumprimento das expetativas	Muito fraca	0,0%	2,1%	6,1%	3,7%	0,0%	10,0%	3,0%	4,3%	0,0%
	Fraca	60,0%	40,4%	10,2%	14,8%	66,7%	60,0%	16,4%	13,0%	12,5%
	Forte	40,0%	42,6%	46,9%	50,0%	16,7%	30,0%	49,3%	47,8%	62,5%
	Muito forte	0,0%	12,8%	30,6%	29,6%	16,7%	0,0%	26,9%	30,4%	25,0%
	NS	0,0%	2,1%	6,1%	1,9%	0,0%	0,0%	4,5%	4,3%	0,0%

4.2.13 Lealdade e Recomendação

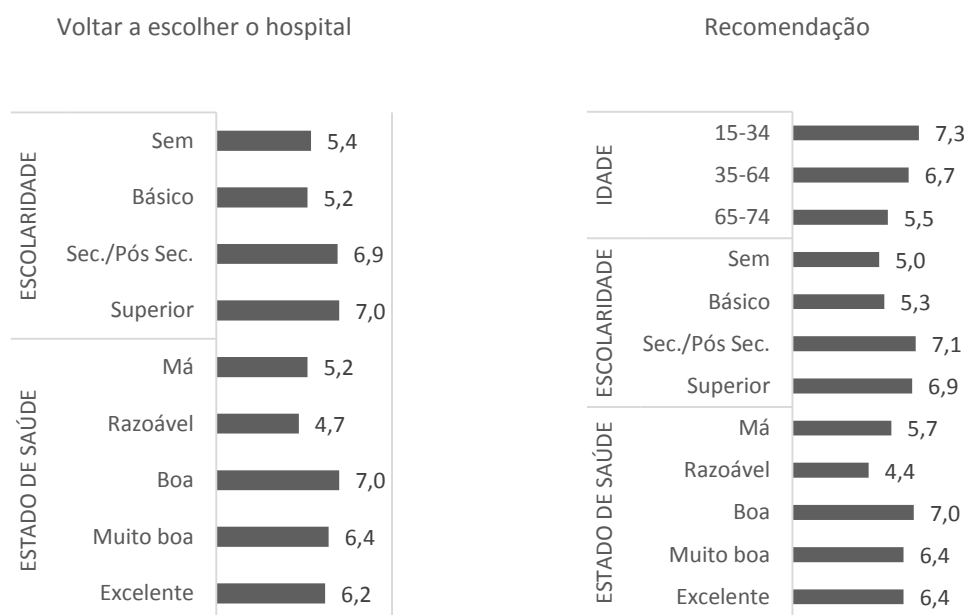
A probabilidade de voltar a escolher o hospital em caso de necessidade de utilizar novamente o SU não depende do género, da classe etária nem da situação atual perante a profissão mas está associada às habilitações literárias e ao estado de saúde do utente.

Por outro lado, a probabilidade de recomendar o hospital a familiares, amigos e colegas, em caso de necessidade está associada à idade, às habilitações e ao estado de saúde como se pode observar através de observação do Quadro 47 e Gráfico 53.

Quadro 47 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão Lealdade e Recomendação e as Variáveis Independentes

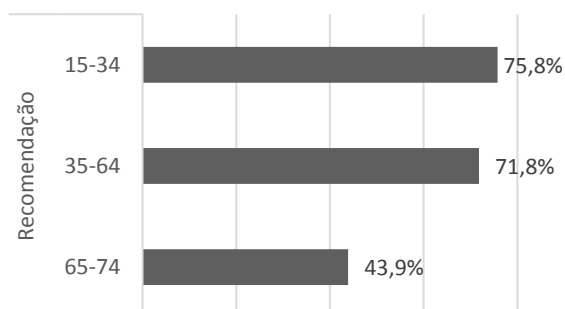
Lealdade e Recomendação	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Voltar a escolher o hospital	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001
Recomendação a familiares, amigos e colegas	n.s.	<0,05	n.s.	<0,001	<0,001

Gráfico 53 - Valores Médios - Lealdade e Recomendação por Variáveis Independentes



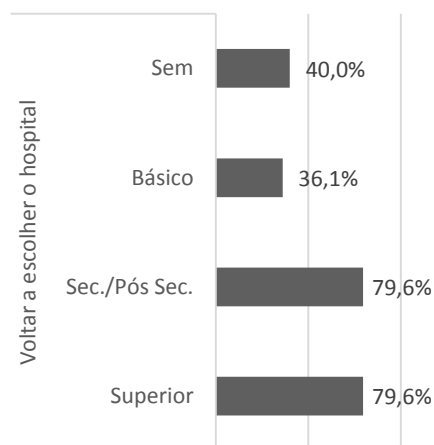
A probabilidade de voltar a escolher o hospital em caso de necessidade de utilizar novamente o SU diminui com a idade sendo a diferença entre as duas primeiras classes etárias e a terceira significativa. Da análise do gráfico verificamos que nas primeiras duas classes etárias a probabilidade de recomendar o hospital a familiares, amigos e colegas é superior a 70% e nos indivíduos com mais de 64 anos diminui para 43,9% (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Distribuição Percentual do Critério Recomendação por Idades



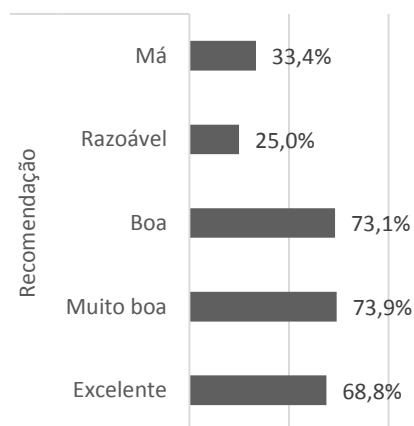
O nível de habilitações também influenciou a probabilidade de voltar a escolher o hospital e de o recomendar a amigos e familiares, verificando-se que a maior lealdade se encontra nos utentes com níveis de instrução mais elevados (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Habilitações Literárias



Relativamente à associação entre a lealdade e recomendação verifica-se que quanto melhor é o estado de saúde do utente maior são as probabilidades de voltar ao hospital e de o recomendar (Gráfico 56).

Gráfico 56 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Estado de Saúde



Os Quadros apresentados seguidamente resumem a distribuição percentual desta dimensão por classe etária, habilitações e estado de saúde.

Quadro 48 – Distribuição Percentual do Critério Recomendação por Classe Etária

Critério		Classe etária		
		15-34	35-64	65-74
Recomendação	Muito fraca	6,9%	7,1%	14,6%
	Fraca	13,8%	21,2%	39,0%
	Forte	51,7%	35,3%	17,1%
	Muito forte	24,1%	36,5%	26,8%
	NS	3,4%	0,0%	2,4%

Quadro 49 - Distribuição Percentual da Dimensão Lealdade e Recomendação por Habilitações e Estado de Saúde

Lealdade e Recomendação		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Voltar a escolher o hospital	Muito fraca	0,0%	17,0%	4,1%	7,4%	16,7%	25,0%	3,0%	8,7%	12,5%
	Fraca	60,0%	44,7%	14,3%	13,0%	50,0%	50,0%	20,9%	17,4%	18,8%
	Forte	20,0%	25,5%	42,9%	33,3%	16,7%	10,0%	34,3%	43,5%	37,5%
	Muito forte	20,0%	10,6%	36,7%	46,3%	16,7%	15,0%	38,8%	30,4%	31,3%
	NS	0,0%	2,1%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%
Recomendação	Muito fraca	0,0%	17,0%	2,0%	7,4%	0,0%	35,0%	3,0%	6,5%	6,3%
	Fraca	60,0%	34,0%	16,3%	9,3%	66,7%	40,0%	13,4%	19,6%	12,5%
	Forte	40,0%	40,4%	44,9%	48,1%	16,7%	20,0%	47,8%	50,0%	56,3%
	Muito forte	0,0%	6,4%	34,7%	35,2%	16,7%	5,0%	32,8%	23,9%	25,0%
	NS	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	NR	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%

4.2.14 Reclamações

A «Resolução da Reclamação» apresentada não depende do género, da classe etária, da situação atual perante a profissão e do estado de saúde mas está associada às habilitações literárias. Por outro lado, a «Expetativa na resolução da Reclamação» não depende do género e da situação atual, contudo depende da classe etária, das habilitações literárias e do estado de saúde (Quadro 50).

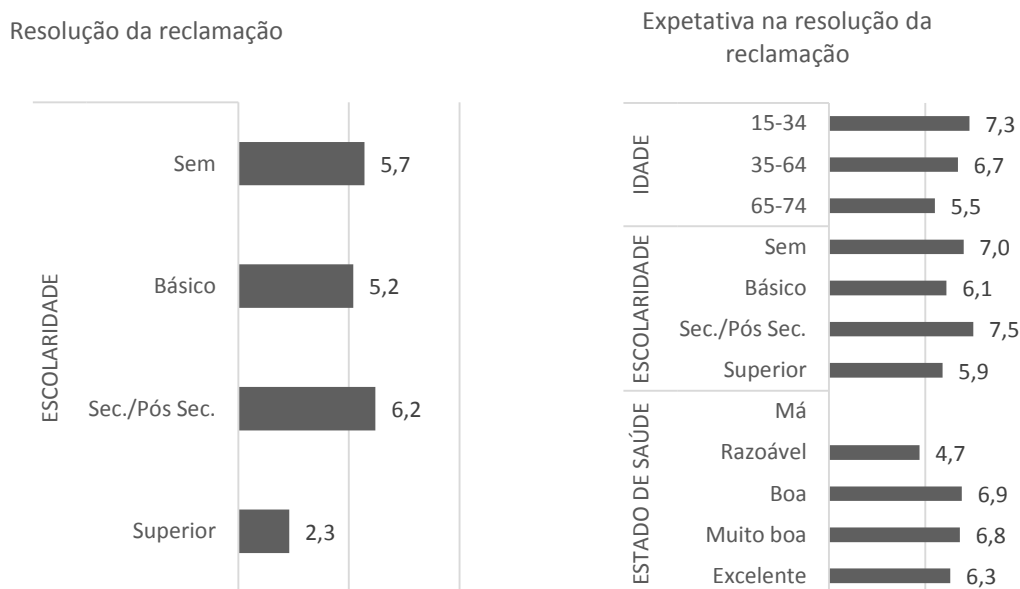
Quadro 50 - Resultados dos Testes Estatísticos entre as Reclamações e as Variáveis Independentes

Reclamações	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Resolução da reclamação	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05	n.s.
Expetativa na resolução da reclamação	n.s.	<0,05	n.s.	<0,05	<0,05

De facto, na avaliação da resolução da reclamação apresentada, os utentes com nível de instrução superior apresentaram valores médios muito inferiores aos outros utentes; estes utentes consideram-se muito insatisfeitos com a maneira como a sua reclamação foi resolvida.

Por outro lado, a expectativa de resolução de uma eventual reclamação diminui com a idade e com o nível de instrução, apresentando os utentes com idade superior a 64 anos e com nível de instrução superior uma expectativa muito mais baixa que os restantes utentes. De ressaltar que os utentes com um estado de saúde melhor apresentam melhores expectativas.

Gráfico 57 - Valores Médios - Dimensão Reclamação por Variáveis Independentes



A análise bivariada das associações dos critérios supracitados por variáveis independentes não mostrou diferenças significativas na distribuição dos resultados.

4.2.15 Hospital Ideal

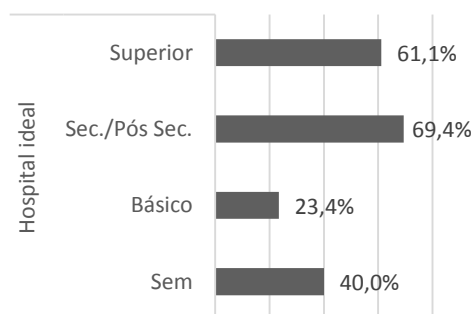
A opinião de o hospital ser um hospital ideal ou perfeito não diferiu por género, idade e estado atual mas esteve associada às habilitações e estado de saúde do utente como se observa no quadro seguinte.

Quadro 51 - Resultados dos Testes Estatísticos entre a Dimensão «Hospital Ideal» e as Variáveis Independentes

Hospital Ideal	Género	Classe etária	Situação atual	Habilitações	Estado Saúde
Hospital ideal	n.s.	n.s.	n.s.	<0.001	<0.001

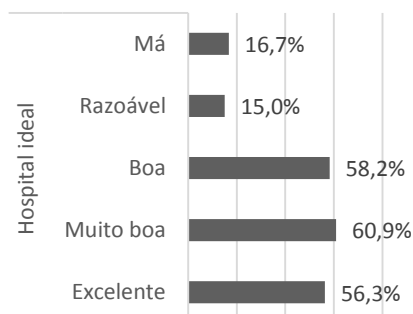
A proporção de utentes que considera o hospital ideal aumenta com as habilitações do utente, passando de 23,4% nos indivíduos com o ensino básico para valores acima dos 60% nos indivíduos com mais instrução (Gráfico 58).

Gráfico 58 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Habilitações Literárias



Por outro lado os utentes com um estado de saúde melhor têm mais a perceção de este ser um hospital ideal ou perfeito (Gráfico 59).

Gráfico 59 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Estado de Saúde



O Quadro 52 resume a distribuição percentual desta dimensão por habilitações e estado de saúde.

Quadro 52 - Distribuição Percentual da Dimensão «Hospital Ideal» por Habilitações Literárias e Estado de Saúde

Hospital ideal		Habilitações				Estado de saúde				
		Sem	Básico	Sec./Pós Sec.	Superior	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Hospital ideal	Muito fraca	40,0%	23,4%	6,1%	14,8%	16,7%	45,0%	9,0%	13,0%	12,5%
	Fraca	20,0%	48,9%	24,5%	24,1%	66,7%	40,0%	31,3%	23,9%	31,3%
	Forte	40,0%	21,3%	44,9%	46,3%	16,7%	15,0%	38,8%	45,7%	50,0%
	Muito forte	0,0%	2,1%	24,5%	14,8%	0,0%	0,0%	19,4%	15,2%	6,3%
	NS	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	2,2%	0,0%

5. Interpretação dos Resultados – Discussão

Após apresentação e análise dos dados importa efetuar uma apreciação crítica dos mesmos, destacando os dados mais significativos e reportando estudos anteriormente publicados acerca desta temática.

Primeiramente, importa ressaltar que as características da amostra deste estudo vão de encontro às presentes na maioria dos estudos efetuados o que também espelha as estatísticas nacionais.

Relativamente ao género o feminino prevalece ligeiramente, 52,3%. Na distribuição por grupos etários verifica-se que a maioria dos indivíduos incluídos na amostra, 54,8%, pertence ao grupo etário correspondente às idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos. No que respeita à situação atual verifica-se que a maior parte dos inquiridos encontra-se empregado, 38,1%, contudo a percentagem de desempregados situa-se imediatamente a seguir sendo de 26,5%, acompanhando a tendência atual. No que concerne às habilitações literárias, a amostra também espelha a realidade sendo que a maior percentagem pertence aos indivíduos com ensino superior, 34,8%, seguidos pelos indivíduos com ensino secundário, 31,6%, e ensino básico, 30,3%. A percentagem de indivíduos que não sabe ler nem escrever ou que não possui qualquer tipo de habilitações literárias é diminuta. Por fim, é de salientar que 43,2% dos inquiridos considera que tem um estado de saúde bom e 29,7% muito bom.

Posto isto, gostaria de evidenciar que os resultados obtidos no presente estudo permitem responder às questões de investigação previamente formuladas.

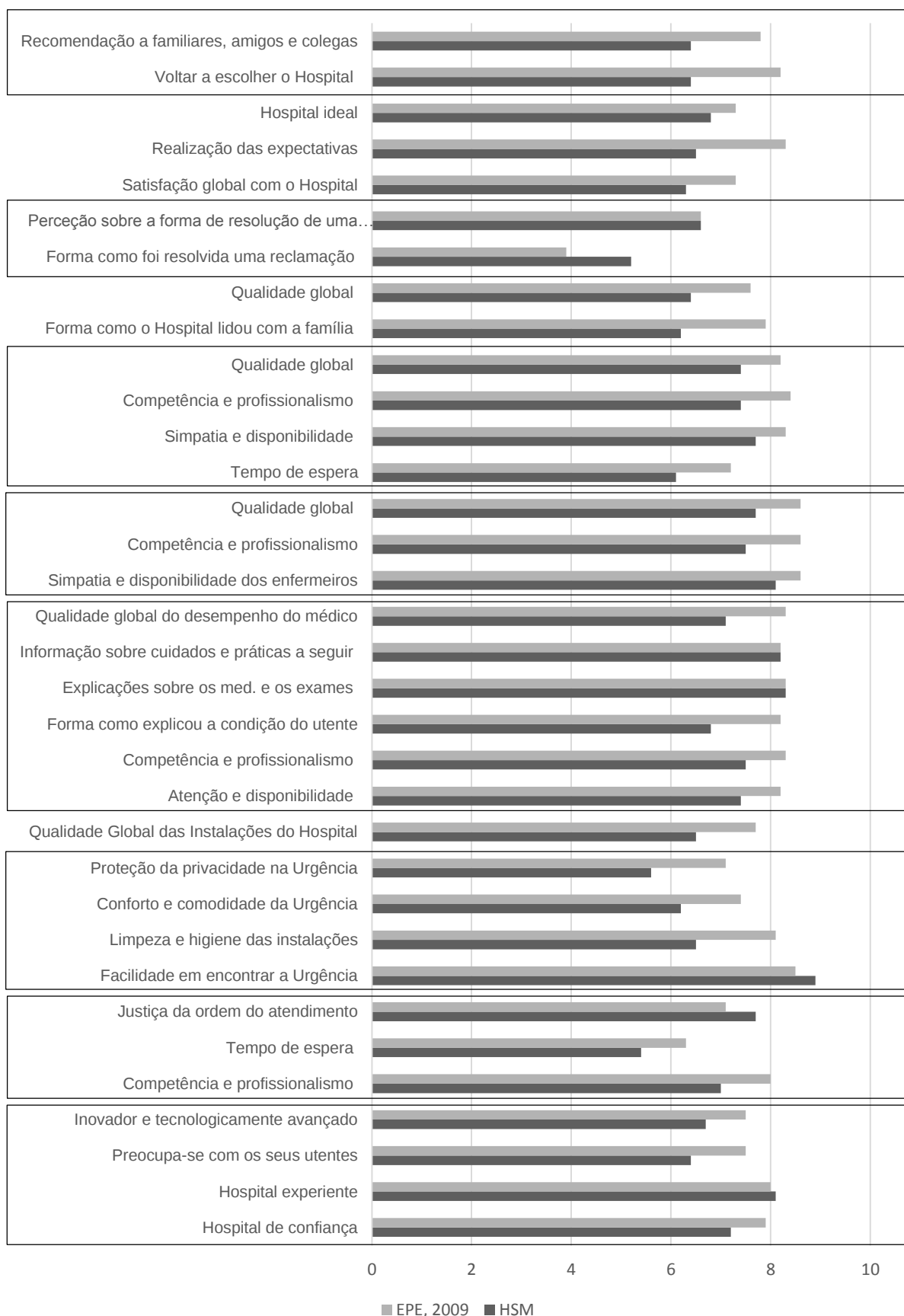
A primeira questão, «Como se caracteriza a satisfação dos Utentes do SU do HSM?», foi respondida através da apresentação dos valores médios por cada dimensão que caracteriza a satisfação dos Utentes. Deste modo, os valores médios obtidos são apresentados no Quadro 53 e no Gráfico 60 sendo comparados com os valores obtidos no estudo realizado por Pereira *et al.*, 2009.

Deste modo, no presente estudo os resultados são bastante positivos destacando-se os indicadores hospital experiente, facilidade em encontrar a urgência e simpatia e disponibilidade dos enfermeiros; com uma pontuação superior a 8 pontos. Pela negativa, é de salientar o tempo de espera para ser atendido, a proteção da privacidade na urgência e a forma como as reclamações efetivadas foram resolvidas, com pontuações inferiores a 6 pontos.

Quadro 53 - Quadro comparativo da Satisfação do Utente com o SU do HSM em 2014 com o SU dos Hospitais EPE em 2009

Variável	Indicador	HSM	EPE (2009)
Imagem	Hospital de confiança	7,2	7,9
	Hospital experiente	8,1	8,0
	Preocupa-se com os seus utentes	6,4	7,5
	Inovador e tecnologicamente avançado	6,7	7,5
Espera	Competência e profissionalismo	7,0	8,0
	Tempo de espera	5,4	6,3
	Justiça da ordem do atendimento	7,7	7,1
Instalações	Facilidade em encontrar a Urgência	8,9	8,5
	Limpeza e higiene das instalações	6,5	8,1
	Conforto e comodidade da Urgência	6,2	7,4
	Proteção da privacidade na Urgência	5,6	7,1
	Qualidade Global das Instalações do Hospital	6,5	7,7
Médicos	Atenção e disponibilidade	7,4	8,2
	Competência e profissionalismo	7,5	8,3
	Forma como explicou a condição do utente	6,8	8,2
	Explicações sobre os medicamentos e os exames	6,6	8,3
	Informação sobre cuidados e práticas a seguir	6,6	8,2
	Qualidade global do desempenho do médico	7,1	8,3
Enfermeiros	Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros	8,1	8,6
	Competência e profissionalismo	7,5	8,6
	Qualidade global	7,7	8,6
Exames e tratamentos	Tempo de espera	6,1	7,2
	Simpatia e disponibilidade	7,7	8,3
	Competência e profissionalismo	7,4	8,4
	Qualidade global	7,4	8,2
Família	Forma como o Hospital lidou com a família	6,2	7,9
Qualidade Global	Qualidade global	6,4	7,6
Reclamações	Forma como foi resolvida uma reclamação	5,2	3,9
	Perceção sobre a forma de resolução de uma reclamação	6,6	6,6
Satisfação	Satisfação global com o Hospital	6,3	7,3
	Realização das expectativas	6,5	8,3
	Hospital ideal	6,8	7,3
Lealdade	Voltar a escolher o Hospital	6,4	8,2
	Recomendação a familiares, amigos e colegas	6,4	7,8

Gráfico 60 - Quadro comparativo da Satisfação do Utente com o SU do HSM em 2014 com o SU dos Hospitais EPE em 2009



Por comparação com o estudo supracitado realça-se o facto de os resultados alcançados não serem tão favoráveis, contudo, é de salientar que são semelhantes no que respeita às preferências dos utilizadores, ou seja, há conformidade nas dimensões com maior e menor pontuação. Tal facto não representa que tenha havido um decréscimo da qualidade do SU do HSM, pode apenas indicar um aumento da exigência por parte dos utilizadores, como referido por inúmeros autores ou simplesmente pode estar relacionado com a quantidade amostral que no caso do estudo de Pereira *et al* 2009 é constituída por 39 EPE perfazendo cerca de 6800 indivíduos.

Relativamente à segunda questão, «Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e o estado de saúde com a satisfação do utente do SU do HSM» verifica-se a existência de diferenças significativas. Neste sentido, destaca-se:

- A imagem que os utentes têm do hospital não varia com o género contudo relaciona-se com as classes etárias, situação atual, habilitações literárias e estado de saúde do utente. Neste contexto, os utentes mais novos têm tendencialmente uma opinião mais positiva, os reformados e os desempregados têm uma opinião mais negativa sendo que a proporção de respostas positivas de todos os indicadores referentes à imagem é maior quanto maior o nível de escolaridade e melhor estado de saúde.
- A dimensão espera que contempla três indicadores, nomeadamente, competência e profissionalismo do técnico da triagem, tempo de espera e justiça na ordem de atendimento dos pacientes, apenas é influenciada pelo estado de saúde do utente. Como seria expectável utentes com uma saúde «má» ou «razoável» expressam uma opinião mais negativa do que os utentes com uma saúde «boa» ou «muito boa» sendo esta diferença significativa e de cerca de 3 pontos;
- O modo como os utentes avaliam as instalações também está sobretudo relacionado com o estado de saúde embora existam diferenças ligeiramente significativas no que concerne às outras variáveis. Salienta-se que os indivíduos mais velhos têm maior dificuldade em encontrar o SU e são mais exigentes no que respeita à limpeza e higiene das instalações não pontuando de forma tão positiva como os restantes. Em contrapartida, os utentes com mais estudos pontuam melhor este critério. Por fim, destaca-se que, mais uma vez, o estado de saúde teve um peso significativo verificando-se que os utentes com melhores níveis de saúde têm uma opinião mais positiva relativamente às instalações;

- A avaliação dos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e técnicos foi, no geral, muito positiva sendo que se nota que os indicadores aumentam com o nível de escolaridade e estado de saúde;
- A apreciação da forma como o hospital lidou com a família também teve influência do estado de saúde, sendo que quanto melhor o estado de saúde, melhor os utentes consideram que o hospital tenha desempenhado um bom papel junto dos seus familiares;
- Os níveis de satisfação global foram ligeiramente superiores no género feminino e tendem a diminuir com a idade, não havendo relação estatisticamente significativa. Neste contexto salienta-se que, de facto, os utentes mais velhos recomendam menos o mesmo hospital a amigos e familiares;
- Os níveis de satisfação Global são influenciados pelas habilitações literárias e estado de saúde; quanto maior o grau académico maior o grau de satisfação. O mesmo acontece com o estado de saúde, melhores níveis de saúde correspondem a níveis de satisfação maiores;
- A qualidade global percebida, o cumprimento das expectativas, a probabilidade de voltar a escolher o mesmo hospital e a recomendar a amigos e familiares vão de encontro à satisfação global sendo igualmente e da mesma influenciada pelas habilitações literárias e estado de saúde do utente;
- No que respeita à resolução das reclamações os utentes com menos estudos consideram que a reclamação efetuada foi melhor resolvida e o mesmo acontece relativamente à resolução de uma eventual reclamação. A expectativa de resolução de uma possível reclamação é igualmente menor em utentes mais velhos e com estados de saúde piores.

Por fim, é de salientar que os resultados encontrados no presente estudo são coerentes com outros estudos prévios existentes, como já foi aclarado ao longo desta explanação.

6. Conclusões

Em termos genéricos, no que se refere à qualidade e apesar da sua popularidade há pouca convergência no que respeita à sua definição. Saias (2007), refere que o único princípio comum entre os vários autores é defini-la como “qualidade é o que os clientes ou consumidores dizem que é”.

Neste seguimento, segundo Sakellarides (2003) “é necessário ouvir os cidadãos, saber o que sentem, o que pensam e porquê, o que preferem e porque razão, sendo igualmente importante fazer bom uso dos pontos de vista, perceções e escolhas do cidadão.

Para isso, e tendo em conta que o cidadão é o elemento central de um sistema de saúde é de particular importância desenvolver estudos que avaliem as preferências dos utentes de forma segmentada, mais personalizada, para satisfazer o maior número de indivíduos (Nascimento & Jesuíno em 2003).

A amostra analisada permite constatar a existência de um elevado nível de satisfação com o SU do HSM destacando-se que os níveis de satisfação mais elevados encontram-se no género feminino, nos mais novos, com maiores habilitações literárias, empregados e com melhor estado de saúde. Gostaria igualmente de enfatizar o elevado nível de satisfação com os profissionais de saúde, o que seria expectável dado o elevado nível de diferenciação dos profissionais que laboram nas urgências.

Apesar das conclusões acima referidas, importa destacar que das variáveis, enquanto hipotéticos determinantes da satisfação os utentes, as que evidenciam um efeito significativo são as habilitações literárias e o estado de saúde.

Cabe lembrar que o presente estudo apresenta limitações por se tratar de uma amostra não-representativa do universo, em que os resultados obtidos não devem ser generalizados e as conclusões tomadas como absolutas. Sugere-se que, futuramente, a amostragem por conveniência seja substituída por uma amostra aleatória para que se possa colmatar esta limitação.

7. Bibliografia

- António, N. & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Araújo, J. F. (2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. [on-line] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225>.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M. & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and Health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 32.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. (2002). *O Sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Oficina do Ces, 182.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 3ª Ed. Lisboa: Almedina.
- Blizzard, R. (2002). Gender Comparisons: Patient Satisfaction and Loyalty. *Gallup*.
- Campos, L., Portugal, R. & Borges, M. (2009). *A Governação dos Hospitais*. Casa das Letras.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, 3, 236-249.
- Carret, M., Fassa, A. & Domingues, M. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1, 7-28.
- Carret, M., Fassa, A. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency Health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7, 131-137.
- Carret, M., Fassa, A., Paniz, V. & Soares, P. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16, 1, 1069-1079.
- Costa, J.B. (2015). Urgências vistas de dentro. Notícias Magazine [on-line]. Disponível em: <http://www.noticiasmagazine.pt/2015/urgencias-vistas-de-dentro/?print=1>.
- Davies, H. T. O. (2001). Exploring the pathology of quality failings. Measuring quality isn't the problem – changing it is. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 2, 243-251.
- DECO, (2014). SU. Hospitais a rebentar pelas costuras. *Teste Saúde*, 33-35.
- Delgado, M. (2002). *Cenários, problemas e soluções*. Cadernos de Economia.
- Deloitte (2011). Saúde em análise. Uma visão para o futuro. *Life Sciences & Healthcare*.
- DGS (2001). Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- DGS (2013). Departamento da Qualidade na Saúde – Uma cultura de melhoria contínua da qualidade. [on-line] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>. Consulta: 03/01/2013.
- Dias, C. M. (2009). 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Número Especial 25 anos, 51-60.
- Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Academia das Estrelas. Lisboa: Verbo.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Michigan Health Administration Press Ann Arbor*, 1.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 12, 1743-1748.
- ECSI, (2014). Metodologia e Modelo. O Modelo de satisfação do cliente [on-line] Disponível em: <http://www.ecsiportugal.pt/metodologia>.
- Ferreira, A. S. (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, 171, 313-337.
- Fonseca, A. S., Yamanaka, N. M. A., Barison, T. H. A. S. & Luz, S. F. (2005). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 29, 161-169.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Gasquet, I. (1999). Satisfaction des patients et performance hospitaliere. *La Presse Médicale*, 28, 29, 1610-1613.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. *Cadernos de Biblioteconomia Arquivística e Documentação Cadernos BAD*.
- Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa: Direção de Saúde.
- Graça, L., & Loureiro, M. I. (2012). A(s) crise(s) e a(s) resposta(s) da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 2, 103-104.
- Haddad, S., Potvin, L., Roberge, D., Pineault, R., & Remondin, M. (2000). Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice*, 17, 1, 21-29.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). Meta-Analysis of quality of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27, 6, 637-644.

- Hall, M. & Press, I. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study. *Hospital & Health Services Administration*, 41, 4, 515-518.
- Hespanhol, A., Ribeiro, O. & Pereira, C. (2005). Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João. *Arquivos de Medicina*, 19, 5-6, 191-197.
- Kichecham, B. & Pfleeger, S. L. (1996). SoftwareQuality: The elusive target. University of Arizona.
- Lei nº48/90 de 24 de Agosto de 1990. Diário da República.
- Lei nº1 de 12 de Dezembro de 2001. Constituição da República Portuguesa.
- Linder-Pelz, S. U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, 5, 577-582.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 27, 2, 367-371.
- Mack, J. L., File, K. M., Horwitz, J. E., Prince, R. A. (1995). The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Management Review*, 20, 2, 7-15.
- Major, M. J. & Magalhães, A. (2013). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *R. Adm*, 49, 3, 476-490.
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in Health. Perspectives in NHS Management. *British Medical Journal*, 288, 1470-1472.
- Meterko, M. & Rubin, H. R. (1990). Patient judgments of hospital quality. *Medical Care*, 28, 9, 10-14.
- Ministério da Saúde (2015). Inquérito de Satisfação aos Utentes do CHLN. [on-line]. Disponível em: <http://83.240.153.196:9001/FormInquerito/Ambulatorio.aspx?hosp=1>.
- Nascimento, J. & Jesuíno, J. (2003). Atitudes e Representações Sociais em Saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Novo, L. S. M. (2010). *A procura dos cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 269-274.
- Paula, A., Morgado, M., Palha, M., Moreira, R. & Marques, R. (2012). *Modelos de Financiamento na Saúde*. Vila Nova de Gaia: ESTSP.
- Palmer, H. (1983). *Ambulatory Health Care Evaluation Principles and Practice*. Chicago: American Hospital Association.

- Parasuraman, A., Zeithaml, A. & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 1.
- Pereira, M. G., Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do Utente e Atitudes Face aos Médicos e Medicina: Um Estudo Piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 2, 69-80.
- Pereira, C., Vilares, M., Santos, M., Coelho, P. S., Holanda, S., & Magalhães, S. (2008). *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Pereira, C., Vilares, M., Santos, M., Coelho, P. S., Holanda, S., & Magalhães, S. (2009). *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Pestana, D. D. & Velosa, S. F. (2008). *Introdução à Probabilidade Estatística*. 4ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pinto, C. et al., (2010). Fundamentos de Gestão. 3ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Pinto, M. (1994). Sistemas de Saúde. A reforma Portuguesa. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3,4, 37-42.
- Pires, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2005). MoniQuOr 2004. *Qualidade em Saúde*. Edição Especial, 1-48.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Quadro Comunitário de Apoio III (2005). Programa Operacional Saúde. Revisão Intercalar 2004. Lisboa: Comissão de Gestão do QCA III.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 5, 385-390.
- Ramsay, J., Campbell, J. L., Schoter, S., Green, J. & Roland, M. (2000). The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of quality and measurement properties. *Family Practice*, 17, 5, 372-379.
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao setor da saúde*. 2ª Ed. Porto: Vida Económica.
- Relatório e Contas (2013). Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. [on-line] Disponível em: <http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202013.pdf>.

- Ribeiro, A. L. A. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.
- Saias, L. (2007). Marketing de serviços: Qualidade e Fidelização de clientes. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Schwab, R. A. (2000). Emergency Department Customer Satisfaction: The Point of View Paradox. *Annals of Emergency Medicine*, 35, 5, 499-501.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45, 12, 1829-1843.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enfermagem*, 22, 889-894.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos [ULSM] (2010). Política de Qualidade. [on-line] Disponível em: <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=568>.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos [ULSM] (2010a). Inquérito de Satisfação dos Utentes. [on-line] Disponível em: <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=877>.
- Vilares, M. J. & Coelho, P. S. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologias de avaliação, gestão e análise*. Lisboa: Escolar Editora.
- Walsh, M. (1990). Why do people go to the A & E? *Nursing standard*, 5, 7.
- Westaway, M. et al., (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of Health status. *International Journal for Quality in Health Care*.
- World Health Organization [WHO] (2000). World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Instrumento de Medida de Satisfação dos Utentes
nos Hospitais – Urgências**

Questionário

Instrumento de Medida de Satisfação dos Utentes nos Hospitais – Urgências

Todas as suas respostas são confidenciais. Para responder às questões deverá utilizar a escala de 10 pontos. Note que as respostas de 1 a 5 correspondem a uma avaliação negativa e de 6 a 10 a uma avaliação positiva. Se não tiver nenhuma experiência ou opinião sobre uma questão específica, pode responder “não sei”.

As questões assinaladas com ☒ são consideradas críticas e não sendo respondidas invalidam todo o questionário.

Nas hipóteses de resposta deverá ter em atenção que:

- A hipótese 88 corresponde a “Não Sabe” e deverá ser assinalada nos casos em que o entrevistado não sabe efetivamente que hipótese escolher.
- A hipótese 99 corresponde a “Recusa” e deverá ser assinalada caso haja por parte do entrevistado uma recusa voluntária em responder à questão.

☒ Q1 Satisfação Global

Considerando toda a sua experiência com o serviço de Urgência do Hospital Santa Maria, qual é o seu grau de satisfação? Use a escala de 10 pontos onde 1 significa “muito insatisfeito” e 10 “muito satisfeito”.

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q2 Imagem

Vou passar a ler um conjunto de afirmações sobre o Hospital Santa Maria. Para cada uma, indique por favor em que medida concorda ou discorda, usando a escala de 1 a 10 onde 1 significa “discordo totalmente” e 10 “concordo plenamente”.

a) É um Hospital de confiança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
b) É um Hospital experiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
c) É um Hospital que se preocupa com os seus utentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
d) É um Hospital inovador e tecnologicamente avançado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

☑ Q3 Expectativa sobre a Qualidade Global⁷

Agora peço-lhe que pense na expectativa que tinha sobre o Hospital Santa Maria antes de ter utilizado o serviço de Urgência.

Usando a escala onde 1 significa “muito baixa” e 10 significa “muito alta”... Como classificaria a sua expectativa global relativamente à qualidade geral do Hospital Santa Maria?

(Por exemplo, em relação a não cometer erros, a satisfazer todas as necessidades do utente ou a prestar um serviço de qualidade)

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

☑ Q4 Qualidade Global Percecionada

Considere toda a sua experiência com o serviço de Urgência do Hospital Santa Maria. Utilizando a escala de 1 a 10, onde 1 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”, como classificaria a qualidade global do serviço prestado?

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q4-1 Após a admissão no Hospital Santa Maria foi submetido (a) a uma triagem de prioridades⁸?

1 ☐ Sim (responde a Q4-2 alínea “a”)

2 ☐ Não (segue para Q4-2 alínea “b”)

88 ☐ Não Sabe (segue para Q4-2 alínea “b”)

99 ☐ Recusa (segue para Q4-2 alínea “b”)

Q4-2 Espera

Utilizando, novamente, a escala de 1 a 10, como classificaria...

a) A competência e profissionalismo do técnico que fez a triagem de prioridades	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	
b) O tempo de espera para ser atendido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	
c) A justiça da ordem pela qual os pacientes são atendidos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

⁷ Em caso de dúvida do entrevistado sobre as expectativas dizer o seguinte: antes de recorrer ao serviço de Urgência não tinha uma opinião sobre este Hospital, em termos de qualidade desse serviço? O que esperava do seu Hospital antes de recorrer ao serviço de Urgência? Esperava muito ou pouco? Ou seja, tinha expectativas baixas ou altas? Numa escala de 1 a 10?

⁸ Após ter sido efetuada a admissão, o paciente deverá ter sido encaminhado para um gabinete, onde um enfermeiro ou outro técnico lhe terá feito algumas perguntas sobre o motivo da sua ida ao hospital e após uma observação rápida, lhe deverá ter sido atribuída uma cor de acordo com a urgência do seu caso.

Qualidade percebida dos serviços do Hospital

Utilizando, novamente, a escala de 1 a 10, onde 1 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”, vou colocar-lhe algumas questões sobre a sua experiência com o serviço de urgência do Hospital Santa Maria.

Q4-3 Em relação às Instalações, como classificaria a (o)...

a) Facilidade em encontrar a urgência											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
b) Limpeza e higiene das instalações											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
c) Conforto e comodidade da urgência (em termos de temperatura ambiente, estado de conservação das instalações, acesso a comidas e bebidas ligeiras, etc.)											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
d) Protecção da privacidade na urgência ⁹											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
e) A qualidade global das instalações do Hospital Santa Maria											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

Pessoal

Q4-4 Em relação ao Médico que o (a) atendeu, como classificaria a (o)...

a) A atenção e a disponibilidade demonstradas pelo médico (disponibilidade para o (a) ouvir, a capacidade em perceber o que lhe pretendia transmitir, envolvimento, etc)											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
b) Competência e profissionalismo dos médicos que o atenderam na Urgência											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

⁹ Em caso de dúvida do entrevistado ler o seguinte texto: “Enquanto estava a ser examinado, se teve de retirar eventualmente a roupa, protecção contra o sofrimento dos outros, etc”.

c) A forma como o médico lhe explicou a sua condição (diagnóstico)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
d) As explicações dadas pelo médico sobre os medicamentos prescritos e os exames realizados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
e) A informação fornecida sobre os cuidados e práticas a seguir após o atendimento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
f) Em termos globais como avalia o desempenho do médico que o (a) acompanhou	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

Q4-4a Durante o período de atendimento no Hospital Santa Maria teve contacto com Enfermeiros?

- 1 ☐ Sim (responde a Q4-4 alínea “b”)
 2 ☐ Não (segue para Q4-5)

Q4-4b Relativamente ao pessoal de Enfermagem como classificaria a (o)...

a) Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
b) Competência e Profissionalismo dos enfermeiros (a forma como desempenham o tratamento, a assistência dada, etc)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
c) Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

Q4-5 Durante o período de atendimento na urgência do Hospital Santa Maria teve de fazer EXAMES ou TRATAMENTOS noutros serviços do próprio Hospital?

(análises, radiografias, TAC's, etc.)

- 1 ☐ Sim (responde a Q4-6)
 2 ☐ Não (segue para Q4-7)
 88 ☐ Não Sabe (segue para Q4-7)
 99 ☐ Recusa (segue para Q4-7)

Q4-6 Em relação à realização de EXAMES ou TRATAMENTOS como classificaria a (o)...

a) Tempo de Espera											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
b) Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
c) Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99
d) Em termos globais como avalia a qualidade dos serviços prestados na realização de exames ou tratamentos											NS	Recusa
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99

Q4-7 Após o atendimento no serviço de urgência do Hospital Santa Maria foi internado nesse mesmo hospital?

- 1 ☐ Sim (responde a Q4-8)
2 ☐ Não (segue para Q4-9)
88 ☐ Não Sabe (segue para Q4-9)
99 ☐ Recusa (segue para Q4-9)

Q4-8 Utilizando a escala de 1 a 10, onde 1 significa “muito mau” e 10 significa “muito bom”, como classificaria o tempo que demorou a transferência do serviço de urgência para o serviço de internamento?

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q4-9 Utilizando a escala de 1 a 10, onde 1 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”, de que maneira avalia a forma como o Hospital lidou com a sua família?

(Em termos de aviso em caso de necessidade, informações durante o atendimento na urgência, sobre a eventual passagem para atendimento, etc.)

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q4-10 Efetuou o pagamento da taxa moderadora ou esteve isento (a)?

- 1 ☐ Pagou
2 ☐ Esteve isento
88 ☐ Não sabe
99 ☐ Recusa

Q5 Cumprimento das Expectativas

Tendo em conta as expectativas que discutimos anteriormente e, a sua experiência com o serviço de urgência do Hospital Santa Maria, até que ponto considera que este cumpriu as suas expectativas? Utilize a escala de 1 a 10 onde 1 significa “muito menos que o esperado” e 10 significa “muito mais do que o esperado”

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q6 Lealdade

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer Hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher o serviço de Urgência do Hospital Santa Maria na próxima vez que necessitasse? Utilize a escala onde 1 significa “muito improvável” e 10 significa “muito provável”

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q7 Reclamações

Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito ao serviço de Urgência do Hospital Santa Maria?

- 1 ☐ Sim (responde a Q8)
2 ☐ Não (segue para Q9)

Q8 Reclamações

Como avalia a forma como a sua reclamação foi resolvida. Use a escala de 1 a 10 onde 1 significa “muito mal resolvida” e 10 significa “muito bem resolvida”.

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Q9 Reclamações

Imagine que apresenta uma reclamação ao Hospital Santa Maria. Em que medida pensa que a sua reclamação seria resolvida? Use a escala de 1 a 10 onde 1 significa “muito mal resolvida” e 10 significa “muito bem resolvida”.

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

☒ Q10 Recomendação

Se um familiar, amigo ou colega tivesse de recorrer ao serviço de urgência de um Hospital qual a probabilidade de recomendar o Hospital Santa Maria? Utilize a escala de 1 a 10 onde 1 significa “muito improvável” e 10 significa “muito provável”.

											NS	Recusa
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

☒ **Q11 O Hospital Ideal**

Imagine um Hospital ideal ou perfeito. Como considera que o serviço de urgência do Hospital Santa Maria se aproxima desse ideal? Utiliza a escala de 1 a 10 onde 1 significa “muito longe do ideal” e 10 significa “muito perto do ideal”.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	NS	Recusa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	88	99	

Características do Entrevistado

C1 Por favor indique o Género

Feminino ☐ Masculino ☐

C2 Idade?

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| Entre 15 e 24 anos | ☐ 1 |
| Entre 25 e 34 anos | ☐ 2 |
| Entre 35 e 44 anos | ☐ 2 |
| Entre 45 e 54 anos | ☐ 4 |
| Entre 55 e 64 anos | ☐ 5 |
| Entre 65 e 74 anos | ☐ 6 |
| NS/NR | ☐ 99 |

C3 Qual das seguintes descrições se adequa mais à sua situação actual?

- | | |
|--------------|---|
| Empregado | ☐ 1 |
| Desempregado | ☐ 2 |
| Estudante | ☐ 3 (siga para B4) |
| Doméstico | ☐ 4 (siga para B4) |
| Reformado | ☐ 5 |
| Outra | ☐ 6 |
| NS/NR | ☐ 99 |

C4 Qual o seu nível de instrução escolar¹⁰?

- | | |
|--|-----------------------------|
| Não sabe ler e escrever | ☐ 1 |
| Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino | ☐ 2 |
| Ensino Básico 1º Ciclo (4 anos) | ☐ 3 |
| Ensino Básico 2º Ciclo (2 anos) | ☐ 4 |
| Ensino Básico 3º Ciclo (3 anos) | ☐ 5 |
| Ensino Secundário | ☐ 6 |
| Ensino Pós-Secundário | ☐ 7 |
| Ensino Superior | ☐ 8 |
| Pós-Graduações | ☐ 9 |
| NS/NR | ☐ 99 |

¹⁰ Deve ser registado o último grau **completo** do entrevistado.

C5 Estado Geral de Saúde?

- | | |
|-----------|----------------------------|
| Má | ☐ 1 |
| Razoável | ☐ 2 |
| Boa | ☐ 3 |
| Muito Boa | ☐ 4 |
| Excelente | ☐ 5 |

Chegámos ao fim do questionário. Agradeço o tempo despendido para responder a este questionário, os melhores cumprimentos.

APÊNDICE II – Pedido de Aprovação à Comissão de ética do HSM

De: Tânia Brito

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Para: Comissão de ética do Hospital Santa Maria

Lisboa, 30 de Dezembro de 2014

Assunto: Pedido de Aprovação à Comissão de ética do Hospital

Eu, Tânia Raquel Mendes Amaral de Brito, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, venho por este meio solicitar a V. Ex^a, com carácter de urgência, aprovação para consultar documentação e aplicar questionários a utentes do hospital, de forma a poder desenvolver um projeto de investigação, a apresentar em forma de dissertação na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de mestre.

Este projeto é orientado pelo Professor Doutor Vasco Reis e tem como título: “Qualidade em Saúde – Satisfação dos Utentes com o Serviço de Urgências do Hospital Santa Maria”.

A avaliação da satisfação dos utentes será efetuada através da aplicação do questionário “Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais (Urgências)”. Este questionário avalia a satisfação em 11 dimensões: imagem, tempo de espera, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, família, qualidade global apercebida, resolução das reclamações, satisfação e lealdade.

Grata pela atenção, encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Brito

Autorização da Comissão de Ética

Aprovação: Favorável ☐ Desfavorável ☐

Assinatura (s): _____

APÊNDICE III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do HSM

De: Tânia Brito

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Para: Dr. Carlos José das Neves Martins,

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria

Lisboa, 30 de Dezembro de 2014

Assunto: Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

Eu, Tânia Raquel Mendes Amaral de Brito, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, venho por este meio solicitar a V. Ex^a, com carácter de urgência, autorização para consultar documentação e aplicar questionários a utentes do hospital, de forma a poder desenvolver um projeto de investigação, a apresentar em forma de dissertação na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de mestre.

Este projeto é orientado pelo Professor Doutor Vasco Reis e tem como título: “Qualidade em Saúde – Satisfação dos Utentes com o Serviço de Urgências do Hospital Santa Maria”.

A avaliação da satisfação dos utentes será efetuada através da aplicação do questionário “Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais (Urgências)”. Este questionário avalia a satisfação em 11 dimensões: imagem, tempo de espera, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, família, qualidade global apercebida, resolução das reclamações, satisfação e lealdade.

O estudo obteve parecer favorável da comissão de ética do hospital (em anexo).

Grata pela atenção, encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Brito

Autorização do Conselho de Administração

Autorização: Sim ☐ Não ☐

Assinatura (s): _____