

## A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal

The voice of Primary Care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal

Pedro Lopes Ferreira <sup>1</sup>  
Vitor M. Raposo <sup>1</sup>  
Luis Pisco <sup>2</sup>

**Abstract** *This article was the result of a study aimed at determining the degree of user satisfaction with the care provided in the 125 Family Health Units (Unidades de Saúde Familiar - USF) and in some of the 127 Personalized Health Care Units (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP) of the Region of Lisbon and Tagus Valley (LVT). A total of 20,118 questionnaires were distributed and 16,965 received (89.0% response rate). The data collection instrument used was the Europep questionnaire, essentially measuring four dimensions: medical care, non-medical care, organization of care and quality of premises. 65.3% of the respondents were women, the average age was 50.8 years, 35% had a maximum of six years of schooling, and to 5.2% this had been their first contact. There was an overall average satisfaction of 77.4%, higher in what regards the care and attention provided by professionals. Women had slightly lower satisfaction than men, the same as for the younger compared to the older ones. Those with less literacy were the ones that presented better satisfaction rates. USF had always more satisfaction than the UCSP, and models B a satisfaction greater than models A. Users penalize units with more than 12 GP and there was a great regional disparity.*

**Key words** *Satisfaction, Primary Health Care*

**Resumo** *Este artigo resultou de um estudo com o objetivo de determinar o grau de satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados nas 125 Unidades de Saúde Familiares (USF) e em algumas das 127 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Foram entregues 20.118 questionários e recebidos 16.965 (89,0% taxa de respostas). O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário Europep, medindo essencialmente quatro dimensões: cuidados médicos, cuidados não médicos, organização dos cuidados e qualidade das instalações. 65,3% dos respondentes eram mulheres, a média etária atingiu os 50,8 anos, 35% tinham no máximo 6 anos de escolaridade e para 5,2% este tinha sido o seu primeiro contato. Verificou-se um valor médio global de satisfação de 77,4%, superior em relação aos cuidados e à atenção prestados pelos profissionais. As mulheres apresentaram uma satisfação ligeiramente menor do que a dos homens, o mesmo acontecendo aos jovens face aos mais idosos. As pessoas com menos habilitações literárias foram as que apresentaram melhores índices de satisfação. As USF tiveram sempre maior satisfação face às UCSP, com os modelos B com maior satisfação face aos modelos A. Os utilizadores penalizam as unidades com mais de 12 MF e verificou-se uma grande disparidade regional.*

**Palavras-chave** *Satisfação, Cuidados primários*

<sup>1</sup> Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Av. Dr. Dias da Silva 165. 3004-512 Coimbra Portugal. pedrof@fe.uc.pt

<sup>2</sup> Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa Portugal.

## Introdução

Os cuidados de saúde primários pretendem afirmar-se como a primeira e a principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Isso é assumido pela reforma dos cuidados primários em curso, constatada que foi a necessidade de uma profunda mudança organizacional.

Por outro lado, é reconhecido o papel dos serviços prestadores de cuidados de saúde na satisfação das necessidades e das expectativas dos seus utilizadores, quer no que respeita aos aspetos técnicos dos cuidados quer aos interpessoais<sup>1,2</sup>. Além disto, em época de grandes mudanças na sociedade baseada no conhecimento, de aumentos da despesa com a saúde e de grandes limitações orçamentais, é cada vez mais importante que a prestação de cuidados satisfaça as necessidades subjetivas dos doentes. Por isso, a avaliação da satisfação dos utilizadores é hoje em dia reconhecida como um valor a adicionar a outras medidas de resultado como o estado de saúde ou a qualidade de vida<sup>3,4</sup> e já é considerada uma componente indispensável para a avaliação da qualidade dos cuidados, havendo evidência da sua correlação com os próprios resultados em saúde. Por outro lado, qualquer organização está inserida num ambiente com o qual interage permanentemente, promovendo constantes trocas de bens e serviços. Nos serviços de utilidade pública, tais como as instituições sociais, de saúde e de educação, este intercâmbio deve ainda ser mais acentuado em consequência da forte pressão e da crescente procura de participação por parte da sociedade civil.

Os dados de satisfação são normalmente usados para duas finalidades. Em primeiro lugar, para avaliar os cuidados prestados e, além disso, para prever os seus comportamentos enquanto «consumidores», nomeadamente sabendo se recomendam as unidades de saúde que normalmente frequentam ou se voltariam, se necessário, às mesmas unidades<sup>5</sup>.

Esta necessidade de informação passa também pelo conceito de transparência – um dos critérios mínimos de boa governança<sup>6-9</sup> de qualquer sistema de saúde – e pelo conceito de participação que engloba, por outro lado, a possibilidade de reclamação, o direito de ser ouvido face à opinião que tem sobre o sistema de saúde ou o impacto da sua experiência com este sistema<sup>10,11</sup>. Passa também pela capacidade de ser envolvido nas tomadas de decisão a vários níveis do sistema, desde o nível da prestação direta de cuidados até o do planeamento, da definição de prioridades e da decisão política<sup>12</sup>.

## A experiência portuguesa

Em 2005, com o início de um novo ciclo político, é criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários que põe em prática uma reforma nestes. O ponto de partida para a reforma assentou num baixo nível de satisfação dos cidadãos, dos profissionais e dos decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade<sup>13</sup>. A ação prioritária da reforma dos Cuidados de Saúde Primários foi o lançamento e a implementação das Unidades de Saúde Familiar (tipos A e B) iniciando desse modo a reconfiguração dos Centros de Saúde, tendo por objetivo último a reforma global dos CSP. Na Região de Saúde de Lisboa e à semelhança do resto do País questões como a segurança do doente, os direitos dos cidadãos, as boas práticas de atendimento, os comportamentos éticos, tratamento das reclamações, avaliação da satisfação dos clientes/utentes, passaram a ser intuitivos e um objetivo partilhado por toda a equipe de saúde.

### Questionário EUROPEP

A versão portuguesa do questionário europeu Europep foi testada e validada em Portugal e desenvolvida pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

O projeto Europep foi iniciado em 1994 por um grupo de investigadores europeus liderados por Richard Grol, do Centro para a Investigação para a Qualidade de Cuidados (WOK) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Nijmegen, no âmbito de um projeto Biomed financiado pela União Europeia. Teve o objetivo de criar um instrumento de medição para avaliar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde primários e envolveu a participação inicial de oito países: Alemanha, Dinamarca, Holanda, Israel, Noruega, Portugal, Reino Unido e Suécia. Terminado este projeto em 1999, o questionário Europep estava completamente validado em 15 línguas e tinha o reconhecimento da WONCA<sup>14</sup>, tendo sido validado em vários contextos internacionais da medicina geral e familiar<sup>15,16</sup>.

De realçar em Portugal, logo em 2000, a primeira aplicação aos utilizadores de todos os 86 centros de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT)<sup>17</sup>, tendo então sido recebidas 3.969 respostas, correspondendo a taxa de 40,5%. Depois, no ano seguinte, expandiu-se o estudo aos utilizadores de 194 centros de saúde (54% do universo), num total de 4.714 indivíduos. Nessa altura o convite

foi feito aos coordenadores das então Sub-regiões de Saúde e o erro de amostragem foi de 1,4%.

De seguida, num estudo enquadrado num projeto do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e subsidiado pelo Programa europeu Saúde XXI gerido pelo Ministério da Saúde, foram estudados todos os 365 centros de saúde existentes à época. Obtiveram-se 11,166 respostas representativas da população por gênero, grupo etário e sub-região<sup>18,19</sup>.

Quando surgiram as primeiras USF, foi decidido fazer nova avaliação da satisfação dos utilizadores destas unidades, ideia imediatamente apoiada pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários do Ministério da Saúde<sup>20</sup>. Aplicou-se um censo de um dia aos utilizadores das 146 USF constituídas até então e foram recebidas 12.713 respostas, correspondendo a uma taxa final de respostas de 75,8% e a um erro máximo, para um intervalo de confiança de 95, de 0,4%.

Também no Brasil há evidência da utilização deste instrumento de medição<sup>21</sup>.

aleatoriamente selecionadas da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Pretendeu-se também efetuar uma análise comparativa entre unidades de saúde com o mesmo modelo organizacional e com outros diferentes<sup>22</sup>.

### Modelo conceitual de análise

Este estudo pressupõe o modelo conceitual da Figura 1. Para medir a satisfação dos utilizadores das USF e das UCSP partiu-se do pressuposto de que há determinantes dessa satisfação que são, de certo modo, agrupados em características sociodemográficas e da unidade, para além da própria experiência do utilizador. Os dados sociodemográficos medidos neste estudo incluíram o gênero, a idade, a situação familiar, a situação profissional e o nível de escolaridade. As características da unidade englobavam os contextos social, económico e demográfico da unidade, assim como o seu modelo de organização. Por fim, a experiência foi medida pelo número de visitas à unidade de saúde nos 12 meses anteriores.

A satisfação foi medida através das dimensões denominadas 'cuidados médicos', 'cuidados não médicos', 'organização dos cuidados' e 'qualidade das instalações'. Nos cuidados médicos são abordadas ambas as componentes interpessoal e técnica dos médicos de família e na dimensão referente aos cuidados não médicos são abordados os cuidados de enfermagem e a atenção prestada pelos secretários clínicos. Por fim, na organização

### Métodos

Este estudo observacional, descritivo e transversal e a nível nacional foi realizado em junho de 2015 com o objetivo de determinar o grau de satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados em todas as USF, conforme o previsto na Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, e em algumas UCSP

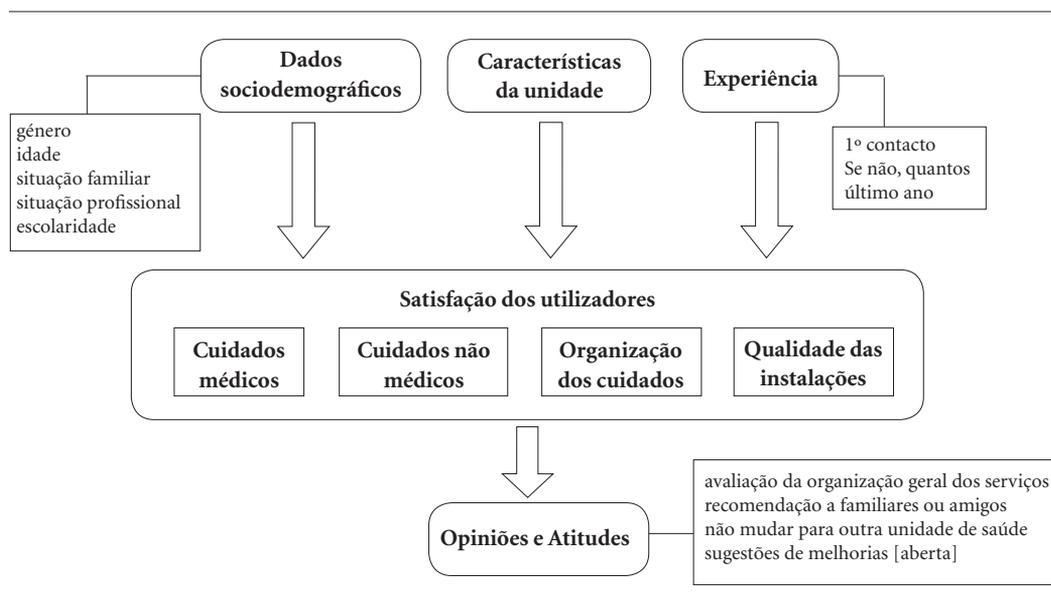


Figura 1. Modelo conceitual.

dos cuidados são analisadas a acessibilidade e os serviços prestados em geral. O Quadro 1 apresenta as dimensões, subdimensões e perguntas do questionário utilizado. Cada pergunta era suposta ser respondida com o auxílio de uma escala de Likert de 5 pontos, de excelente a má.

Estas dimensões e subdimensões foram obtidas estatisticamente através de análise fatorial pelo método das componentes principais após uma rotação *varimax* e mais recentemente reconfirmada em Roque et al.<sup>23</sup>. Previamente, os valores da medida de adequação amostral de

Kaiser-Meyer-Olkin e os valores de significância associados ao teste de esfericidade de Bartlett garantiram-nos a exequibilidade de tal análise<sup>24</sup>. As quatro principais dimensões estão associadas a 75,3% de toda a variância explicada.

Por fim, é expectável pensar-se que esta satisfação dos utilizadores tenha um impacto nas opiniões e nas atitudes dos utilizadores. Assim, este modelo conceitual prevê uma avaliação da organização global dos serviços, a eventual recomendação da unidade de saúde a familiares e amigos caso necessitem de cuidados, a disposição

**Quadro 1.** Dimensões, subdimensões e perguntas do questionário.

Dimensões	Subdimensão	Perguntas
Cuidados médicos	Componente interpessoal	02 - Tempo médico durante as consultas 03 - Profissionais mostraram interesse 04 - Sentiu à vontade com médico 05 - Envolvimento nas decisões pelo médico 06 - Forma como o médico ouviu 07 - Confidencialidade da informação 08 - Alívio rápido dos sintomas 09 - Ajuda para desempenhar as tarefas 10 - Atenção dispensada
	Componente técnica	11 - O exame que o médico lhe fez 12 - Oferta de serviços de prevenção 13 - Explicações sobre medicamentos, tratamento e exames 14 - Informações sobre sintomas e doença 15 - Ajuda para enfrentar problemas 16 - Apoio para seguir conselhos do médico 17 - Conhecimento do médico sobre consultas anteriores 18 - Preparação sobre o que esperar de especialistas 23 - Competência, cortesia e carinho dos médicos
Cuidados não médicos	Enfermagem	19 - Tempo dedicado pela enfermagem 20 - Explicações dos enfermeiros 24 - Competência, cortesia e carinho dos enfermeiros
	Secretariado clínico	21 - Atendimento administrativo 22 - Explicações do secretariado clínico 25 - Competência, cortesia e carinho dos administrativos
Organização dos cuidados	Acessibilidade	27 - Facilidade em marcar consulta 28 - Facilidade em telefonar para a USF 29 - Possibilidade de telefonar ao médico 31 - O tempo que esperou na sala de espera
	Serviços prestados	26 - Apoio do pessoal da unidade 30 - Horário de atendimento da unidade 32 - Respeito com que foi tratado 33 - Liberdade de escolha 34 - Rapidez com que foi atendido 37 - Serviços de domicílio 38 - Organização geral dos serviços
Qualidade das instalações		35 - Conforto geral da USF 36 - Limpeza da USF

de não mudar de unidade de saúde, e a apresentação de sugestões de melhoria relativamente aos cuidados prestados pela unidade.

## Procedimentos

A região LVT possuía 127 UCSP, 69 USF-A e 56 USF-B, num total de 252 unidades funcionais. Relativamente às UCSP existentes, foram excluídas da análise as unidades com menos de 3 MF e com mais de 20% de utentes sem MF. O objetivo desta restrição foi permitir uma comparação entre realidades que, de certo modo, são assim mais comparáveis entre si. Com a aplicação deste critério, obtiveram-se apenas 15 UCSP nestas condições.

Todas as 140 unidades funcionais resultantes foram então categorizadas de acordo com a sua dimensão, tendo em conta o número de MF, em pequenas, médias, grandes e muito grandes. A cada uma destas unidades foi entregue um número de questionários de acordo com a sua dimensão. Assim, as unidades pequenas com 3 a 5 MF receberam 80 questionários, as médias com 6 a 8 MF receberam 140, as grandes com 9 a 11 MF receberam 200, e as muito grandes com 12 a 16 MF receberam 240. Deste modo, na região LVT foi entregue um total de 20.118 questionários às 140 unidades funcionais.

A entrega dos questionários, da responsabilidade dos Gabinetes do Cidadão, foi efetuada a todos os utilizadores que se deslocaram à unidade de saúde com 16 ou mais anos de idade, a quem foi pedido que respondesse ainda dentro das instalações e que colocasse o questionário numa urna previamente disponibilizada em local estratégico da unidade de saúde.

Logo que concluída a entrega dos questionários, estes foram enviados para o CEISUC, submetidos a leitura ótica e introduzidos em suporte informático, tendo sido feitos testes aleatórios de qualidade. Para além da parte quantitativa foram, separadamente, introduzidos os comentários que os utilizadores tinham escrito, quer no espaço da pergunta aberta destinado a esse fim quer nas restantes partes do questionário.

## Análise e tratamento dos dados

Os valores das perguntas, subdimensões e dimensões foram calculados através de uma soma ponderada em que foram previamente convertidos, dividida pelo total das respostas válidas, i.e., foram excluídas as respostas 'não se aplica'. Esta

conversão foi o resultado de uma transformação linear da escala de 1 (má) a 5 (excelente) para uma escala de 0% a 100%.

## Disseminação da informação obtida

Os principais resultados do estudo foram divulgados nas páginas institucionais do CEISUC. Durante o estudo foi colocada informação sobre a metodologia seguida, bem como o nome das unidades em análise e, no fim, foram aí afixados os resultados nacionais em regime de acesso livre (sem palavra-chave de acesso), assim como os de cada unidade de saúde, estes com acesso por palavra-chave. O CEISUC apenas deu então a conhecer as palavras-chaves aos coordenadores das respetivas unidades de saúde.

## Resultados

Irão ser apresentados os principais resultados deste estudo circunscritos à região LVT. Inclui as características da amostra recebida, as respetivas taxas de respostas e os valores correspondentes ao índice CEISUC de satisfação. Serão também apresentados resultados obtidos de análises comparadas, tendo em conta os dados sociodemográficos dos respondentes, a sua experiência com a unidade de saúde, as características destas unidades e a sua situação geográfica.

## Respostas recebidas

Foram enviados 20.118 questionários aos Gabinetes do Cidadãos dos 15 ACeS da região LVT. Destes, foram recebidos 16.965 questionários e 1.054 acabaram por não ser entregues aos utilizadores e, por isso, foram denominados "sobras". Assim, a taxa de resposta global foi de 89,0%, com apenas 20% dos ACeS com uma taxa de resposta entre 60% e 80%. Ao fim de cinco semanas, tinham já sido recebidos 97% dos questionários.

## Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra dos respondentes é na sua maioria (65,3%), composta por mulheres ( $n = 10.697$ ; 65,3%) e com uma idade média de  $50,8 \pm 17,1$  anos, com utilizadores de 16 a 98 anos de idade. A maioria (10.581; 64,9%) era casada ou vivia em união de facto

Por outro lado, quase 35% (4.014; 34,6%) tinha uma escolaridade inferior ou igual ao 2º

ciclo do ensino básico, i.e., um total de seis anos de escolaridade, dos quais 4% (655) não possuía qualquer habilitação formal. No outro extremo, 3.078 (18,8%) dos respondentes apresentava uma graduação de ensino superior politécnico ou universitário. Relativamente à situação profissional, quase metade (7.508; 47,2%) estava no ativo e 2.550 (16,5%) estava desempregado.

### Experiência com a unidade de saúde

A experiência anterior foi medida através da pergunta se esse era o seu primeiro contacto com aquela unidade de saúde. Caso não tivesse sido, perguntou-se a seguir quantas mais vezes tinha visitado o médico de família nos 12 meses anteriores. A resposta à primeira pergunta revelou que, para apenas 4,0% (638) dos utilizadores, essa era a sua primeira visita e que, para os restantes, um quarto (2.174) tinha visitado a unidade 1 a 2 vezes, a média das visitas situava-se em 5,1 e uma grande percentagem (quase um quinto) tinham ido mais de seis vezes à unidade de saúde nos 12 meses anteriores, isto é, pelo menos, uma média de uma vez em cada dois meses.

### Índice CEISUC de satisfação

O índice CEISUC de satisfação dos utilizadores das USF e UCSP desta amostra atingiu o valor médio de 77,1%, com um desvio padrão de 17,5 (mediana 78,5%). No entanto, a sua distribuição é francamente enviesada para a esquerda, com quase metade dos utilizadores (48,3%) a avaliar no último quintil a sua satisfação com a unidade de saúde e apenas menos de 3% a colocarem-se nos dois primeiros quintis.

Como se pode ver na Tabela 1, as quatro principais dimensões deste índice evidenciam uma

maior satisfação dos utilizadores em relação aos cuidados prestados, sejam eles médicos (80,8%) ou não médicos (82,2%).

A organização dos cuidados foi a dimensão em que se obteve pior satisfação relativa. Apresenta-se, de seguida, a satisfação de cada uma das subdimensões do índice.

#### ▪ Satisfação com os cuidados médicos

Os cuidados médicos tiveram uma média de  $80,8\% \pm 18,7\%$ , com evidência de mais utilizadores a situarem-se no quinto quintil. As suas duas subdimensões mostram uma relativa maior satisfação dos utilizadores face às componentes interpessoais dos cuidados médicos (82,1%) e à componente técnica (79,4%). Cerca de metade avaliou a componente interpessoal dos cuidados como excelente.

Observando agora com mais atenção as respostas a estas duas subdimensões, verifica-se (dados não apresentados na tabela) que em relação aos aspetos interpessoais os utilizadores estão mais satisfeitos com as garantias de confidencialidade da informação sobre o seu processo (87,2%), com a forma como o MF os ouviu (84,3%), e com a facilidade com que se sentiram à vontade para lhe contarem os seus problemas (83,5%). O interesse mostrado pela sua situação pessoal (82,7%), a atenção dispensada aos seus problemas (81,8%) e a forma como foram envolvidos nas decisões relativas aos cuidados prestados pelo MF (81,2%) foram facetas que também obtiveram valores muito positivos por parte dos utilizadores.

Em relação às respostas associadas à componente mais técnica dos cuidados prestados pelo MF, observou-se que os utilizadores reconhecem a competência, a cortesia e o carinho do médico de família (83,1%), valorizam a explicação fornecida sobre os medicamentos, tratamentos e exames prescritos (81,8%), o próprio exame realiza-

**Tabela 1.** Satisfação com as unidades da Região LVT.

Dimensão	Subdimensão	Média	Desvio Padrão
Cuidados médicos		80,8%	18,7%
	Componente interpessoal	82,1%	18,8%
	Componente técnica	79,4%	19,7%
Cuidados não médicos		78,8%	19,8%
	Enfermagem	82,2%	19,3%
	Secretariado clínico	76,3%	23,1%
Organização dos cuidados		69,6%	21,3%
	Acessibilidade	61,9%	26,1%
	Serviços prestados	74,5%	20,1%
Qualidade das instalações		74,8%	22,1%

do pelo médico de família (81,1%) e a oferta de serviços de prevenção de doenças (e.g., rastreio, pedidos de exames e vacinas) (80,4%). Relativamente menos bem avaliada foi a preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares, de outros especialistas ou de outros prestadores de cuidados (74,3%).

▪ *Satisfação com os cuidados não médicos*

Os cuidados não médicos tiveram uma média de satisfação de 78,8%  $\pm$  19,8, com evidência, de novo, de mais utilizadores (51,5%) a situarem-se no quinto quintil. As suas duas subdimensões mostram uma maior satisfação em relação aos cuidados de enfermagem (82,2%) e face ao secretariado clínico (76,3%). É interessante notar-se a percentagem (43,9%) que consideram excelentes os cuidados de enfermagem.

Relativamente a estes cuidados os utilizadores não apresentam grandes oscilações na avaliação extremamente positiva que fazem, quer se trate do tempo que lhes é dedicado pelos profissionais (81,9%), as explicações prestadas por estes sobre os procedimentos e cuidados executados (82,4%) ou a sua competência, cortesia e carinho manifestados (83,1%).

Já o serviço prestado pelo secretariado clínico foi avaliado de uma forma ligeiramente mais baixa. No entanto, também não se encontrou grande variabilidade entre as perguntas desta subdimensão, seja o tempo dedicado pelo no atendimento (75,8%), a forma como os utilizadores foram esclarecidos quando solicitada informação (76,3%) ou a competência, a cortesia e o carinho dos secretários clínicos (77,2%).

▪ *Satisfação com a organização dos cuidados*

A organização dos cuidados foi, como vimos anteriormente, a dimensão que obteve uma média de satisfação mais baixa (69,6%  $\pm$  21,3). Isto é visível na diminuição da percentagem dos que pontuaram a sua satisfação no último quintil (30,8%), em detrimento de todos os restantes. Por outro lado, 12,1% dos respondentes situaram a sua satisfação nos dois primeiros quartis.

Nesta dimensão, analisaram-se também duas subdimensões e é visível que a acessibilidade é aquela mais penalizada, com 61,9%. Apenas 25,8% dos respondentes consideraram excelente a acessibilidade, embora cerca de 21% a considerem má ou regular.

Ainda relativamente à acessibilidade o mais penalizado foi a possibilidade de falar por telefone quer para a unidade (57,3%) quer com o próprio MF (59,6%). Outro aspecto em que foi também mostrada alguma insatisfação foi o tempo que aguardou na sala de espera (61,1%).

No que concerne aos serviços prestados, foi muito valorizado o respeito que os utilizadores sentem pela forma como são tratados e a forma como a sua privacidade é mantida (80,2%). Menos satisfeitos estão face ao horário de atendimento da unidade (72,1%), à rapidez com que os problemas urgentes de saúde foram resolvidos (72,9%) e à liberdade de escolha de profissional de saúde e possibilidade de segunda opinião (72,0%).

▪ *Satisfação com a qualidade das instalações*

A dimensão referente à qualidade das instalações teve uma satisfação média de 74,8% com um desvio padrão de 22,1%. O conforto geral das unidades, incluindo comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação e instalações foi a dimensão que menos satisfação recolheu dos utilizadores deste estudo (71,3%).

### Satisfação de necessidades especiais

Foi perguntado aos utilizadores se a sua unidade de saúde respondia às necessidades sentidas, e.g., de crianças, idosos e portadores de deficiência. Mais de 81% dos utilizadores respondeu afirmativamente à pergunta formulada. Isto significa que, por cada utilizador que considera que a sua unidade não responde a estas necessidades, há oito que avaliam o contrário.

### Recomendação da unidade de saúde a amigos

De seguida, os utilizadores foram inquiridos acerca da possibilidade de recomendarem fortemente a sua unidade a amigos, caso necessitassem de cuidados médicos. Das respostas obtidas, deduz-se que 87,5% dos utilizadores responderam afirmativamente à pergunta formulada, isto é, por cada indivíduo que não recomenda fortemente a sua unidade de saúde a amigos, há 10 que consideram o contrário.

### Razões para não mudar de unidade de saúde

Perguntou-se então aos utilizadores se viam alguma razão para não mudar para outra unidade de saúde. Das perguntas correspondentes à satisfação global, esta é a que apresentou menos respostas negativas (7,4%) resultantes de eventual insatisfação. Por cada indivíduo que vê razões para mudar de unidade de saúde, há 12 que consideram o contrário.

### Assimetria da satisfação face às características sociodemográficas e da unidade

A assimetria da satisfação foi analisada tendo em conta o género, a idade, a situação familiar, as habilitações literárias, a situação profissional, a experiência com a unidade de saúde e o tipo e a dimensão da unidade. A Tabela 2 apresenta os resultados.

Como se pode ver nesta tabela, os homens estão ligeiramente mais satisfeitos do que as mulheres com os cuidados primários prestados. Além disto, após a criação dos grupos etários, verifica-se que a idade tem também influência na avaliação da satisfação, isto é, à medida que a idade avança, mais alta também é a avaliação da satisfação. Uma explicação possível é a eventual diminuição de expectativas ou uma melhor

atenção dedicada aos mais velhos. Esta diferença de satisfação não é visível entre os dois primeiros grupos etários estudados.

Em relação à situação familiar, encontraram-se também diferenças estatisticamente significativas, sendo muitas destas influenciadas pelo género e pela idade do respondente. Também as habilitações literárias evidenciam alguma influência na satisfação. De facto, as pessoas com menos habilitações literárias são as que apresentam melhores índices de satisfação. Por outro lado, verifica-se que os reformados (mais idosos) são os que, de novo, apresentam maiores índices de satisfação. Os estudantes (mais novos) são os que mais penalizam a forma como foram tratados pelos cuidados primários.

A experiência com a unidade de saúde foi analisada a partir de uma pergunta que questionava se aquele era o primeiro contacto do utili-

**Tabela 2.** Assimetria da satisfação do índice CEISUC de satisfação.

Variável		n	$\bar{X}$	dp	t  ou F	p-valor
Género	Feminino	10.641	76,5%	17,4%	5,3	< 0,001
	Masculino	5.633	78,0%	17,2%		
Idade	16 – 34	1.966	74,1%	17,9%	25,7	< 0,001
	35 – 54	3.728	74,1%	17,9%		
	55 – 74	3.399	76,5%	17,9%		
	≥ 75	919	78,9%	17,4%		
Situação familiar	Casado/união	10.529	77,2%	17,1%	9,4	< 0,001
	Solteiro	2.719	75,4%	17,7%		
	Viúvo	1.273	78,7%	17,8%		
	Divorciado	1.442	76,7%	17,8%		
	Separado	237	76,0%	17,2%		
Habilitações literárias	< básico	652	78,2%	17,7%	13,2	< 0,001
	Básico	4.494	75,9%	17,9%		
	Secundário	3.934	75,4%	16,7%		
	Médio/superior	3.811	77,5%	16,7%		
Situação profissional	Ativo	7.460	76,2%	17,2%	40,7	< 0,001
	Reformado	4.781	79,2%	17,2%		
	Desempregado	2.534	75,3%	18,2%		
	Estudante	612	75,7%	17,0%		
Experiência com a unidade de saúde	1ª visita	565	78,4%	18,1%	1,9	0,057
	Mais visitas	15.289	76,9%	17,4%		
Tipo de unidade funcional	UCSP	1.840	72,2%	20,2%	111,3	< 0,001
	USF-A	7.539	76,6%	17,8%		
	USF-B	7.402	78,8%	16,2%		
Dimensão da unidade	3 - 5 MF	2.304	77,3%	18,0%	3,5	0,018
	6 - 8 MF	8.324	77,3%	17,3%		
	9 - 11 MF	5.305	76,8%	17,1%		
	12 - 16 MF	848	75,5%	19,4%		

$\bar{X}$ : média; dp: desvio padrão; |t|: valor absoluto de t de Student (2 alternativas); F: valor F de Fisher (mais de 2 alternativas); p-valor: significância.

zador com a unidade. No caso de uma resposta negativa, foi também perguntado quantas mais vezes se tinha deslocado à unidade. Para 825 utilizadores este era o seu primeiro contacto com esta unidade de saúde. Os restantes 94,8% dos respondentes, nos 12 meses anteriores já tinham recorrido à unidade de uma a quatro mais vezes. Não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos.

Um dos pontos mais estimulantes deste estudo foi verificar se a satisfação dos utilizadores é ou não sensível ao modelo de organização e de gestão dos cuidados. Isto é, se é de esperar que as unidades UCSP tenham o mesmo nível de satisfação do que as USF modelo A e estas do que as de modelo B. Evidenciou-se uma maior satisfação dos utilizadores das USF modelo B em relação aos das USF modelo A e destes em relação aos utilizadores das UCSP.

Analisou-se também a dimensão das unidades funcionais e foi evidente que a dimensão da unidade de saúde exerce uma certa influência sobre a satisfação dos utilizadores no respeitante aos vários índices de satisfação, em especial quando isolamos as unidades muito grandes. Estas apresentam, em geral, valores estatisticamente mais baixos de satisfação do que as restantes.

Analisando agora, de uma forma multivariada, todos estes determinantes em conjunto confirmamos os resultados anteriormente apresentados de uma forma univariada (Tabela 3).

De fato, confirmamos a menor satisfação de entre as mulheres e entre os jovens e uma maior satisfação no adulto e no idoso. Verificamos também que o utilizador em fase ativa face à sua situação profissional, independentemente

dos outros determinantes, apresenta uma menor satisfação com os cuidados prestados e que, de novo, estar inscrito numa USF está associado a uma maior satisfação. Por fim, constatamos que a dimensão da unidade de saúde faz diferença em termos negativos de satisfação.

### Assimetria regional

Testou-se a também a hipótese nula de não haver assimetria regional, isto é, a variabilidade dos índices de satisfação entre as unidades dos ACeS da Região LVT. De uma maneira geral, encontrámos grandes assimetrias ( $F = 60,2$ ;  $p < 0,001$ ), com a satisfação entre os ACeS a variar de 68,2% a 85,0%.

### Comparação dos resultados com os obtidos em 2009

Por fim, um dos objetivos inicialmente estabelecido para este estudo era fazer a comparação possível entre os resultados obtidos nas USF em 2009 com os agora encontrados em 2015. De fato, em 2009, as 42 USF então existentes na Região apresentaram um nível médio de satisfação de  $73,3\% \pm 4,1\%$ , enquanto que as mesmas, em 2015 apresentaram um valor médio de  $78,7\% \pm 5,4\%$ . Esta diferença é estatisticamente significativa ( $|t|=5,99$ ;  $p < 0,001$ ).

### Discussão

Envolveram-se utilizadores de todas as USF e uma amostra selecionada das UCSP então exis-

**Tabela 3.** Determinantes da satisfação.

Determinante da satisfação	$\beta$	t	p-valor
Género feminino	-,021	-4,753	,000
Adulto jovem (35 a 54 anos de idade)	-,029	-5,483	,000
Adulto (55 a 74 anos de idade)	,055	10,551	,000
Idoso (75 ou mais anos de idade)	,055	11,473	,000
Casado ou em união de facto	,025	5,307	,000
Habilitações literárias $\leq$ básico	-,025	-5,667	,000
Ativo profissionalmente	-,026	-5,361	,000
Primeira visita à unidade de saúde	,004	,785	,432
USF modelo A	,124	16,015	,000
USF modelo B	,214	27,499	,000
Unidade de média dimensão (6 a 8 MF)	-,035	-5,898	,000
Unidade de grande dimensão (9 a 11 MF)	-,047	-7,912	,000
Unidade de muito grande dimensão (mais de 12 MF)	-,016	-3,388	,001

b: coeficiente de regressão; p-valor: significância.

tentes na Região LVT. Para efeitos de exequibilidade de comparação entre as USF e as UCSP, só foram consideradas elegíveis para a seleção as UCSP que tinham, pelo menos, três médicos de família e uma percentagem de utentes sem médico de família inferior a 20%.

O questionário utilizado seguiu o modelo conceitual do questionário Europep com quatro dimensões principais: cuidados médicos, cuidados não médicos, organização de cuidados e qualidade das instalações. A primeira dimensão engloba as subdimensões 'componente interpessoal' e 'componente técnica'; a segunda, 'enfermagem' e 'secretariado clínico'; e a terceira, 'acessibilidade' e 'serviços prestados'.

Dos 20.118 questionários entregues aos utilizadores pelos Gabinetes do Cidadão dos ACeS, foram preenchidos e recebidos 7.640 das 69 USF de modelo A, 7.464 das 56 USF de modelo B e 1.861 das 15 UCSP, num total de 16.965 respostas de 140 unidades funcionais de cuidados de saúde primários da Região LVT. Isto correspondeu a uma taxa geral de respostas de 89,0% de entre os utilizadores das USF e de 90,1% de entre os utilizadores das UCSP.

Das características da amostra podemos afirmar que 65,3% dos respondentes eram do género feminino, com uma média etária de 50,8 anos, 35% tinham uma escolaridade inferior ou igual ao 2º ciclo do ensino básico e, para 5,2% este tinha sido o seu primeiro contato.

Relativamente à satisfação podemos afirmar que o índice CEISUC de satisfação revelou um valor médio de 77,4% com um desvio padrão de 17,4%. Tal como aconteceu com outros autores, encontramos uma satisfação com uma distribuição francamente enviesada para a esquerda<sup>20,21</sup>. As dimensões em relação às quais os utilizadores estavam mais satisfeitos foram as relacionadas com os cuidados e a atenção prestada pelos médicos (81,0%), pelos enfermeiros (82,5%) e pelos profissionais do secretariado clínico (76,4%). No global, 81,2% dos utilizadores recomendariam a unidade de saúde a amigos, em especial nas USF modelo B (91,7%), quando comparados com as modelo A (86,4%) e as UCSP (75,5%). Por outro lado, 89,5% dos utilizadores não viam razões para mudar de unidade, principalmente, e, de novo, os utilizadores das USF modelo B (92,4%), quando comparados com as modelo A (89,2%) e as UCSP (79,4%).

As mulheres apresentaram uma satisfação ligeiramente inferior à dos homens (77,1% vs. 78,4%); os jovens dos 16 aos 34 anos apresentaram também uma satisfação inferior à dos mais

idosos, com 75 ou mais anos de idade (75,3% vs. 81,0%). Aliás, este era um resultado esperado a priori, dados os resultados semelhantes obtidos por nós anteriormente e por outros estudos de satisfação<sup>17,19,20,25,26</sup>. As pessoas com habilitações literárias menores do que o ensino básico apresentaram os melhores índices de satisfação (79,5%); os reformados, devido eventualmente à sua idade, são os que apresentaram maior satisfação (80,6%); a maior experiência de utilização torna utilizadores cada vez mais satisfeitos, em especial com a componente interpessoal dos cuidados médicos (1ª visita: 80,5%; mais visitas: 82,0%) e com os cuidados de enfermagem (1ª visita: 81,5%; mais visitas: 83,3%); os utilizadores das USF apresentaram maior satisfação do que os das UCSP (72,7%) e, dentro das USF, o modelo B (79,5%) apresentou melhor satisfação do que o modelo A (76,8%); as unidades com maior dimensão são as que apresentam melhores níveis de satisfação, independentemente no modelo de gestão seguido; e foi detectada assimetria significativa na satisfação entre ACeS da região LVT.

Além disto, com base nos valores de satisfação obtidos em 2009 nas USF então avaliadas da Região, ao compararem-se os níveis de satisfação com os valores agora encontrados, verificam-se aumentos estatisticamente significativos.

Por fim, observando os resultados deste estudo, podemos constatar que obtivemos uma altíssima taxa de respostas, o que minimiza o risco de enviesamento de seleção devido a desistências e muito dificilmente faz alterar a estrutura fatorial do questionário, assim como conduz a intervalos de confiança muito pequenos para os resultados.

## Conclusões

O principal objetivo deste estudo foi determinar o grau de satisfação dos utilizadores, objeto de contratualização das USF e de UCSP, conforme o previsto na Portaria nº 301/2008, de 18 de abril. Pretendeu-se também efetuar uma análise comparativa, no âmbito dos cuidados de saúde primários, entre unidades de saúde com o mesmo modelo organizacional e entre outras com modelos diferentes.

A utilização de indicadores de satisfação na governação em saúde desempenha um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade, na inovação, na difusão das melhores práticas, e na transparência e prestação de contas/responsabilização<sup>10,19</sup>. Tal como sugerido em trabalhos anteriores, esta avaliação, baseada nos indicadores

de satisfação, deverá também incluir outros indicadores em áreas como disponibilidade, acessibilidade, produtividade, continuidade, efetividade e eficiência, por exemplo<sup>27</sup>, que apoiem as tomadas de decisão dos decisores envolvidos.

Face aos resultados obtidos considera-se absolutamente necessário que, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, e tendo em conta estudos anteriores já realizados<sup>10,19</sup>, se estabeleça um sistema de incentivos e de intervenções para recompensar os que apresentam melhores resultados e apoiar os que mostram resultados menos bons para que melhorem. Esta abordagem deverá ter em conta necessariamente o modelo que se está a considerar (USF e UCSP) e ser apoiada e exercida ativamente quer pelas instâncias superiores do Ministério da Saúde – governação em saúde macro – quer pelas Administrações Regionais de Saúde e pelos Agrupamentos dos Centros de Saúde – governação em saúde meso – para que ocorram transformações efetivas ao nível das organizações – governação organizacional.

Uma fraca pontuação de uma unidade de saúde que decorra da aplicação deste sistema de classificação nunca quer necessariamente signifi-

car que estejamos perante uma unidade de saúde que não pratica níveis aceitáveis de cuidados médicos. Apenas que a experiência dos utilizadores é fraca e, por consequência, a avaliação que fazem é penalizadora. Estas intervenções podem ir desde a atribuição de maior autonomia e controle às unidades mais bem classificadas, até ajudas financeiras e intervenções externas para as mais mal classificadas, não deixando de fora a clara necessidade, tendo em conta os resultados atingidos, na aposta da transição do modelo UCSP para o modelo USF.

Os doentes, os utilizadores e o público em geral têm direito a ter informação sobre o desempenho das várias organizações de saúde. As próprias organizações necessitam também de saber o seu posicionamento face às restantes, de modo a que os seus êxitos sejam partilhados e que os pontos fracos possam ser identificados e constituam uma oportunidade e um ponto de partida para novas intervenções de mudança.

Mais uma vez se demonstra que a versão portuguesa do Europep é um instrumento válido e de fácil utilização para se obter informação sobre a experiência dos doentes com a avaliação dos cuidados primários de saúde.

## Colaboradores

PL Ferreira, VM Raposo e L Pisco participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51(11):1611-1625.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50(460):882-887.
- Debono D, Travaglia J. *Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature*. Sydney: University of New South Wales; 2009.
- Ware J, Davies-Avery A, Stewart A. *The Measurement and Management of Patient Satisfaction: A Review of the Literature*. Santa Monica: Rand Corporation; 1977.
- Barbaza E, Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; 16(1):1-11.
- Dodgson R, Lee K, Drager N. *Global Health Governance: a Conceptual Review*. London: Dept of Health & Development World Health Organization, Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2002.
- Grahan J, Amos B, Plumptre T. *Principles for Good Governance in the 21st Century*. Ottawa: Institute on Governance; 2003. Policy Brief nº 15.
- United Nations Development Programme (UNDP). *Reconceptualising Governance*. New York: UNDP; 1997.
- Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006; 22:285-296.
- Sakellarides C, coordenador. *Conhecer os caminhos da saúde. Relatório de Primavera 2001*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS); 2001.
- Serapioni M, Ferreira PL, Antunes P. Participação em Saúde: Conceitos e conteúdos. *Notas Económicas* 2014; 40:26-40.
- Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2841-2852.
- Ferreira PL. A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: Ferreira PL. *Portugal. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 1999. p. 1-57.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16(1):4-11.
- Hearnshaw H, Wensing M, Mainz J, Grol R, Ferreira PL, Helin-Salmivaara A, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Szecsenyi J. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice in eight European countries. *Primary Health Care Research and Development* 2002; 3:231-237.
- Ferreira PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2001; 2:53-61.
- Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2001; 17:15-45.
- Ferreira PL, Raposo V, Godinho P. *A voz dos utilizadores dos centros de saúde*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde; 2005.
- Ferreira PL, Antunes P, Portugal S. *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010.
- Brandão AS, Giovannella L, Campos CA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
- Ferreira PL, Raposo V. *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP. Relatório de projeto*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2015.
- Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Rev Saude Publica* 2016; 50:61.
- Lisboa JV, Augusto MG, Ferreira PL. *Estatística aplicada à gestão*. Porto: Vida Económica; 2012.
- Milano M, Mola E, Collecchia G, Carlo AD, Giancane R, Visentin G, Nicolucci A. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract* 2007; 13(2):92-94.
- Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract* 2011; 28(3):342-349.
- Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, editors. *Quality indicators for general practice: a practical guide for health professionals and managers*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd; 2002.

Artigo apresentado em 15/11/2016

Aprovado em 05/12/2016

Versão final apresentada em 07/12/2016