



**QUE PERFIS CONCORREM PARA A SATISFAÇÃO DO DOENTE QUE
RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA – APLICAÇÃO AO CHNE**

Pedro António Fernandes

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança,
para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações,
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, Julho, 2011



**QUE PERFIS CONCORREM PARA A SATISFAÇÃO DO DOENTE QUE
RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA – APLICAÇÃO AO CHNE**

Pedro António Fernandes

Orientada por

Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, Julho, 2011

RESUMO

Ao contrário do que se preconizava até há alguns anos atrás, a medição da qualidade dos serviços hospitalares deixou de assentar, quase exclusivamente, na disponibilidade tecnológica e na capacidade técnica dos colaboradores pois verificou-se que estas duas componentes não são garante suficiente de satisfação do doente. Tornou-se necessário equacionar outros factores como, por exemplo, as expectativas dos doentes em relação ao serviço prestado. Tais factores são abordados no presente trabalho de investigação cujo objectivo é identificar factores que concorrem para a identificação do perfil de um doente satisfeito após recurso ao serviço de urgência do Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano (CHNE). A satisfação incentiva a confiança e diálogo com o profissional de saúde. Por outro lado, a adesão ao tratamento também aumenta, favorecendo a recuperação e conduzindo à diminuição de gastos e reincidências. Em simultâneo, sendo o doente o “cliente” que deve ser satisfeito, a sua opinião deve ser o ponto de partida para reestruturações que, sem custos económicos acrescidos, conduzem a elevados níveis de satisfação e qualidade. Partindo das respostas a um questionário, que aborda a problemática aqui em análise, aplicou-se a metodologia de regressão logística na identificação das características sócio-económicas e dos factores relacionados com o atendimento e resultado do serviço com impactos positivos na probabilidade do doente se sentir satisfeito com o serviço, em geral, ou com aspectos particulares relacionados com o mesmo. Os resultados permitem identificar algumas variáveis com impacto estatístico significativo facultando à administração do serviço ferramentas para poder proceder a alterações que, de imediato, causam impacto positivo na satisfação do doente.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação, Serviço de Urgência-CHNE, Doente, Regressão Logística.

ABSTRACT

Contrarily to what was claimed until some years ago, the measurement of hospital services quality has stopped being based almost exclusively on the technological availability and the cooperators' technical skills, as research showed that these two components alone do not constitute enough guarantee of the user's satisfaction. It has become necessary to add other factors such as patients' expectations concerning the rendered service. Such factors are approached in this study whose aim is to identify factors which contribute to the identification of a satisfied patient's profile after using the emergency service of Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano (CHNE). Satisfaction increases trust and dialogue with the health professional. Besides this, acceptance of treatment also increases, favoring recovery and leading to a decrease in expenses and recurrence. Simultaneously, as the patient is the "client" who must be satisfied, their opinion has to be the starting point for restructurings which, without further financial costs, lead to high satisfaction and quality levels. We have used the answers to a survey which approaches the issue in analysis and a logistic regression method to identify socio-economic features as well as the factors related to the service reception and result with positive impacts on the patient's satisfaction probability concerning both the service as a whole and some of its specific aspects. Results allow us to identify some variables with significant statistic impact, thus giving the service administration the tools which enable them to make changes that cause immediate positive impact on the user's satisfaction.

KEYWORDS: Satisfaction, CHNE Emergency Service, User, Logistic Regression.

RESUMEN

Contrariamente a lo que se aconsejaba hace unos años, la medición de la calidad de los servicios hospitalarios ha dejado de basarse casi exclusivamente en la disponibilidad tecnológica y en la capacidad técnica de los empleados, ya que se constató que estos dos componentes no son garantía suficiente de satisfacción del usuario. Se hizo necesario considerar otros factores, por ejemplo, las expectativas de los pacientes en relación al servicio prestado. Dichos factores se analizan en este trabajo de investigación cuyo objetivo es identificar los factores que contribuyen a la identificación de un perfil de usuario satisfecho, después del recurso al servicio de urgencias del Hospital del noreste transmontano (CHNE). La satisfacción fomenta la confianza y el diálogo con el profesional de la salud. Por otra parte, aumenta la adhesión al tratamiento, favorece la recuperación y provoca una disminución de los gastos y la reincidencia. Al mismo tiempo, el paciente es el "cliente" debe ser satisfecho, su opinión debería ser el punto de partida para la reestructuración que, sin aumento de los costos económicos, llevan a altos niveles de satisfacción y. Basado en las respuestas a un cuestionario, que aborda el problema que aquí se examina, se aplica la metodología de regresión logística para identificar las características socioeconómicas y los factores relacionados con el resultado de la atención y del servicio, en un impacto positivo en la probabilidad de que el usuario satisfecho con el servicio en general o con aspectos particulares relacionados con lo mismo. Los resultados permiten identificar algunas variables con un impacto estadísticamente significativo permitiendo a la administración del servicio herramientas para hacer los cambios que de inmediato tienen impacto positivo en la satisfacción del usuario.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción, Servicio de Urgencia - CHNE, Usuario, Regresión Logística.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alcina Nunes, pela excelente orientação, pela disponibilidade incondicional e por respeitar e compreender o ritmo possível de trabalho;

Ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano - Unidade de Bragança, por ter permitido a aplicação dos inquéritos aos doentes que recorreram ao serviço de urgência;

Aos doentes que participaram neste estudo, pela disponibilidade e colaboração, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho;

A todos aqueles que de algum modo contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade;

À minha família, esposa e filhas pela paciência, compreensão e apoio, que me dedicaram ao longo deste trabalho tornando possível a sua execução.

	Pág.
ÍNDICE	v
RESUMO	i
<i>ABSTRACT</i>	ii
<i>RESUMEN</i>	iii
AGRADECIMENTOS	iv
INDICE GERAL	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABELAS	viii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM SAÚDE	5
1.1 - Qualidade em Saúde	6
1.1.1 - Qualidade dos cuidados de saúde	8
1.1.2 - Avaliação da qualidade nos cuidados de saúde	10
1.1.3 - Indicadores de Qualidade	16
1.1.4 - Cuidar no Serviço de Urgência	18
1.2 - A Satisfação do Doente	20
1.2.1 - Conceito de Satisfação	21
1.2.2 - A Satisfação dos Doentes Como Indicador de Qualidade dos Cuidados de Saúde	24
1.2.3 - Determinantes da Satisfação dos Doentes	28
1.2.4 - Satisfação com os Serviços de Urgência	31
CAPÍTULO II - IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DO DOENTE SATISFEITO APÓS RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA – CHNE	33
2.1 - Objectivo do estudo	34
2.2 - Caracterização estatística da população em estudo.....	34
2.2.1 - Instrumento de recolha de dados.....	34
2.2.2- Descrição estatística da informação recolhida.....	35
2.3 - Aplicação empírica da metodologia de regressão logística	53
2.3.1 - Enquadramento teórico da metodologia	53
2.3.2 - Aplicação empírica	55
2.4 - Apresentação e discussão dos resultados	63

CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E RESPECTIVA AUTORIZAÇÃO	89
ANEXO II – QUESTIONÁRIO	91

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Razões que levaram o doente ao SU, em concreto	40
<i>Figura 2.</i> Sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico, por ordem crescente	46
<i>Figura 3.</i> Percepção do doente relativamente à observação médica	47
<i>Figura 4.</i> Procedimentos efectuados após observação médica, por ordem crescente	48
<i>Figura 5.</i> Aspectos que causaram particular satisfação aos doentes	51
<i>Figura 6.</i> Aspectos que causaram particular insatisfação aos doentes	51
<i>Figura 7.</i> Aspectos que os doentes mudariam no SU, caso pudessem	52

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: <i>Distribuição de características socio-demográficas</i>	37
Tabela 2: <i>Motivos que levam os doentes a dirigir-se ao SU (%)</i>	38
Tabela 3: <i>Razões para o recurso ao SU, em concreto</i>	39
Tabela 4: <i>Tempo decorrido desde que se iniciou o processo de doença até ao recurso ao SU</i>	41
Tabela 5: <i>Abordagem/ atendimento aquando da entrada no SU</i>	41
Tabela 6: <i>Relação entre o tempo que o doente acha que devia esperar e o tempo que esperou até ser atendido por um médico</i>	42
Tabela 7: <i>Informação sobre o tempo de espera previsto para atendimento considerando o sentimento de que se esperou demasiado tempo</i>	43
Tabela 8: <i>Percepção do movimento no SU</i>	44
Tabela 9: <i>Sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico</i>	45
Tabela 10: <i>Outros sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico</i>	45
Tabela 11: <i>Percepção do doente relativamente à observação médica</i>	47
Tabela 12: <i>Procedimentos efectuados após observação médica</i>	48
Tabela 13: <i>Tempo de permanência no SU</i>	49
Tabela 14: <i>Satisfação com a sua ida ao SU</i>	50
Tabela 15: <i>Frequência da possibilidade de se recomendarem os SU a outros</i>	50
Tabela 16: <i>Listagem e definição das variáveis dependentes</i>	56
Tabela 17: <i>Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis sócio-demográficas</i>	57
Tabela 18: <i>Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com a chegada ao SU</i>	58
Tabela 19: <i>Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com o SU antes da observação</i>	59
Tabela 20: <i>Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com a observação médica e resultados da observação</i>	61
Tabela 21: <i>Modelos a estimar através da regressão logística</i>	62
Tabela 22: <i>Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a chegada ao SU</i>	65
Tabela 23: <i>Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com o SU antes da observação</i>	68
Tabela 24: <i>Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a observação médica e resultados da mesma</i>	72

INTRODUÇÃO

A organização das estruturas é uma das grandes preocupações que o sistema de saúde vive hoje em dia. Ela constitui matéria para muitas interrogações, estudos, experiências e novas tendências que podem parecer audaciosas ou mesmo demasiado avançadas para alguns (Hesbeen, 1998, p. 3). Barros (1999, pp. 2-3) considera que existe um compromisso das instituições de saúde em garantir qualidade nos cuidados de saúde que prestam aos cidadãos. O nível de qualidade dos serviços prestados, marca a diferença entre as instituições de saúde.

Uma instituição de saúde possui características que a distinguem de outras instituições, no entanto, partilha com elas o facto de se constituir como um processo produtivo que implica a melhor utilização possível dos recursos, em função do serviço ou produto a fornecer (Barros, 1998, pp. 2-3). Assim, e fazendo um paralelismo com uma actividade produtiva dita normal, pode afirmar-se que a percepção que cada pessoa tem da “excelência” de um bem ou serviço é altamente subjectiva, porque essa percepção é baseada na relação entre as suas expectativas e exigências. Neste contexto, Donnely, Gibson e Ivancevich (2000) enfatizam que os consumidores têm uma percepção diferente dessa “excelência”, porque avaliam

diferentemente uma ou mais dimensões da qualidade, nomeadamente: i) o *desempenho*, considerando aqui as características básicas do produto ou serviço; ii) os *atributos*, que são já características secundárias; e, iii) a *fiabilidade*, que consiste no desempenho garantido num período específico.

No caso particular das instituições de saúde e de acordo com o Institute of Medicine [IoM] (1990, p. 707), "*qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente*". A qualidade em saúde certifica aos doentes, a presença de um nível aceitável de cuidados. Quanto mais elevados forem os padrões de qualidade de uma organização, melhores serviços ou produtos essa organização produz. É importante avaliar a forma como os serviços de saúde, respondem aos cidadãos para que garantam a sua acessibilidade aos cuidados, a organização dos serviços e a atitude dos cuidadores sendo importante a emissão das suas opiniões e a avaliação da sua satisfação para serem usadas em planos e acções orientados para a melhoria dos cuidados (Ferreira *et al.*, 2001, pp. 59-60). Esta melhoria da qualidade passa, impreterivelmente, não só pela melhoria técnica dos serviços prestados como também pela melhoria da informação relativa ao estado clínico do doente valorizando os seus sentimentos e valores (Ferreira & Seco, 1993, p. 159).

Nas últimas décadas assistiu-se, por todo o mundo, a um acelerado e significativo aumento dos gastos com a saúde. Ora, nos países de maior desenvolvimento tal acréscimo implicou um aumento da exigibilidade por parte dos doentes em relação aos cuidados prestados. Assim, face ao que foi referido anteriormente, é através do conhecimento da exigência/grau de satisfação demonstrada pelos doentes que uma instituição pode evoluir, alterando padrões de gestão e de oferta de serviços que atinjam os estipulados graus de excelência. Adicionalmente, a perspectiva do doente é considerada fundamental para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, bem como para identificar problemas a corrigir e expectativas em relação aos cuidados. De acordo com Ferreira (2007, p. 43) há que valorizar o papel social dos serviços de saúde devendo estes permitir que os indivíduos participem e sejam envolvidos nos vários níveis da tomada de decisão em saúde.

Tendo em consideração a literatura relativa à qualidade nos cuidados de saúde, nomeadamente aquela que é produzida em Portugal (Cruz & Carvalho, 1998; Ferreira & Lourenço, 2003; Ferreira, Afonso, Raposo & Godinho 2003; Ribeiro, 2008; Rodrigues, 2009, apenas para citar alguns exemplos), pretende-se estudar a problemática associada à satisfação dos doentes que recorrem a uma determinada valência de uma instituição de saúde, neste caso concreto, o serviço de urgência (SU). Através de um estudo empírico aplicado ao caso particular do

Centro Hospitalar do Nordeste (CHNE) -Unidade de Saúde de Bragança, procurou obter-se resultados práticos que identificassem os perfis que confluem para a satisfação do doente quando este recorre ao serviço de urgência.

Perceber quais as características pessoais e/ou clínicas dos doentes, que ditam a sua maior ou menor satisfação, relativamente aos cuidados recebidos e ao seu atendimento prestado, permite criar um instrumento de apoio à tomada de decisão essencial para definir estratégias de actuação em termos de gestão hospitalar. De facto, a satisfação dos doentes é um indicador imprescindível para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários directos.

Salienta-se que a inovação do trabalho que aqui se apresenta reside na conjugação de uma metodologia de obtenção de informação microeconómica relativa à satisfação dos doentes do serviço de urgência, de que é exemplo o trabalho de Rodrigues (2009), com a aplicação de um método econométrico tradicionalmente adoptado em estudos de satisfação – a metodologia de regressão logística (vulgo, *logit*). Da simbiose entre estes dois aspectos acredita-se poder desenvolver um trabalho de investigação alicerçado em fundamentos científicos e com grande aplicabilidade na esfera de actuação de uma instituição de saúde.

A metodologia deste trabalho teve como ponto de partida a identificação e enquadramento do objectivo do mesmo. Identificar e perceber como diferentes características individuais, sócio-económicas e de atendimento dos doentes do serviço de urgência do CHNE concorrem para o grau de satisfação manifestado. Tal avaliação da satisfação que os doentes manifestam, após uma experiência de prestação de cuidados no serviço de urgência, acredita-se ser reveladora da percepção da qualidade dos cuidados.

Para atingir o objectivo proposto é necessário, numa fase prévia, contextualizar o objecto de estudo e identificar a problemática em questão. É ainda necessário identificar a população em análise, aqui constituída por doentes que recorreram ao serviço de urgência do CHNE, e recolher um conjunto de dados quantitativos que permitam gerir, com segurança, a aplicação empírica apresentada. Esta aplicação permite identificar o perfil do doente satisfeito com os cuidados de saúde prestados nos serviços de urgência do CHNE.

Para a obtenção dos dados estatísticos foi implementado um questionário adaptado do projecto *Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar, Serviço Urgência* (IAQH-IA) que tem vindo a ser testado e validado pelo centro de estudos e investigação em saúde da Universidade de Coimbra (Rodrigues, 2009, pp. 68-69). Este questionário inclui oito conjuntos de questões-chave. Tais questões são nucleares para a avaliação dos aspectos da qualidade de cuidados

hospitalares que medem o percurso do doente dentro do hospital, reflectindo a sequência dos acontecimentos por eles vividos.

A análise da informação obtida foi sujeita, a um tratamento estatístico descritivo¹ de forma a caracterizar a população que recorre ao serviço de urgência. Tal descrição é indispensável para conhecer as características sócio-demográficas da população em análise e os factores relacionados com o atendimento do doente. A análise descritiva é ainda fundamental para identificar os factores de interesse na análise inferencial. Só conhecendo a população em estudo se pode seleccionar um conjunto de variáveis com potencial explicativo do fenómeno aqui em análise.

Obtida e analisada a informação quantitativa foi implementada a metodologia econométrica seleccionada. Para a identificação perfis de satisfação foi aplicado um modelo probabilístico de máxima verosimilhança, a metodologia de regressão logística². Esta metodologia tem sido utilizada em vários estudos na área da saúde. É o caso dos estudos de Clark, Georgellis e Sanfey (2001), sobre os níveis de satisfação com a vida, Rivera (2001), sobre o impacto dos gastos com a saúde pública local, relativamente ao estado de saúde dos indivíduos, e Barros e Gonçalves (2009), sobre a satisfação de doentes de centros de *fitness*.

A dissertação apresenta-se dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo é exposto o enquadramento teórico do tema focando os aspectos; qualidade em saúde, qualidade dos cuidados de saúde e cuidar no serviço de urgência. Desenvolve-se também o tema da satisfação do doente e a satisfação com os serviços de urgência. No segundo capítulo procede-se à caracterização da população em estudo identificando e expondo o método de recolha de dados estatísticos. A população é descrita tendo em conta as suas características sócio-demográficas e é realizada a análise descritiva dos motivos pelos quais os doentes recorrem à urgência e a sua satisfação geral com o episódio. Este capítulo evolui, depois, para a aplicação empírica da metodologia de regressão logística e para a discussão dos resultados obtidos.

Após estes dois capítulos apresentam-se as principais conclusões.

¹ Para a realização da análise descritiva foi utilizado o software *IBM - Statistical Package for the Social Sciences* (IBM - SPSS), versão 19.

² Para a realização da análise inferencial, através da regressão logística, foi utilizado o software GRETL (<http://gretl.sourceforge.net/>)

CAPÍTULO I

**CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA QUALIDADE
E SATISFAÇÃO EM SAÚDE**

A partir dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou o desenvolvimento de programas que visam a qualidade dos serviços de saúde (Vuori, 1982, p. 5). Deste modo a OMS, em respeito pelo direito que cada pessoa tem a receber o melhor que a medicina pode oferecer, assume-se como líder, ao envidar esforços para que todos os Estados-Membros interessados possam desenvolver abordagens diversas no intuito de garantir qualidade no campo de acção dos seus sistemas de saúde (Serapioni, 2009, pp. 65-66). No entanto, ainda que, nos últimos anos, se tenham verificado estas preocupações com a qualidade o facto é que a mesma permanece um desafio universal para a maioria dos profissionais da área da saúde (Serapioni, 2009, p. 66).

1.1 - Qualidade em Saúde

Quer a preocupação crescente das pessoas relativamente à sua saúde, quer a mudança de atitude no que respeita à mesma, justificam a importância que os serviços de saúde têm vindo a adquirir (Eiriz & Figueiredo, 2004, p. 2). Paralelamente, a questão da qualidade, privilegiada sobretudo nos sectores da indústria e dos serviços, tem vindo a impor-se no sector da saúde (Rooney & Ostenberg, 1999, p. 1). As políticas de saúde, na generalidade dos países desenvolvidos, reflectem a preocupação crescente com a avaliação e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Davies, Nutley & Mannion, 2000, p. 111).

De forma similar ao que acontece no resto do globo, também em Portugal a qualidade das instituições, dos serviços e dos profissionais se tornou uma exigência imprescindível. Esta situação decorre da implementação de profundas e permanentes mudanças, resultado da evolução tecnológica, que origina novos e constantes desafios, bem como da procura de respostas mais eficientes em consonância com as expectativas dos cidadãos, já por si cada vez mais exigentes (Ribeiro, 2008, pp. 70-71). Além disso, em Portugal, verifica-se a transferência da gestão de muitos serviços de saúde da esfera pública para a privada. Logo, num contexto de mudanças regulamentares, tem-se vindo a assistir a uma progressiva exigência em termos de sofisticação, eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Convém notar que as mudanças enunciadas decorrem também de uma maior disponibilidade monetária por parte dos doentes o que, inclusivamente, justifica a procura de cuidados profissionais alternativos. (Eiriz & Figueiredo, 2004, p. 3).

Em consequência do exposto, no contexto das sociedades modernas desenvolvidas, a preocupação com a qualidade da saúde é uma realidade incontornável, ainda que a maior parte das definições de qualidade de saúde não passem de listagens de atributos para cuidados de saúde. A existência de inúmeras definições para o conceito ao invés de reunir consensos e satisfazer dúvidas, só envolve o conceito em controvérsias infrutíferas. Para a vacuidade da definição contribuem certamente os múltiplos contextos a que a mesma pode ser aplicada. Para demonstrar a ambiguidade que encerra a definição de qualidade leia-se Kitchenham (1989, p. 373) *“quality is hard to define, impossible to measure, easy to recognize”*.

Assim, nenhuma organização que vise a excelência se pode limitar a uma única definição, pelas limitações que tal opção acarretaria. Considerados os aspectos positivos e negativos das diversas definições, a recomendação para as organizações será sempre no sentido de reavaliarem as suas abordagens ao longo do processo que envolve a passagem do projecto a mercado (Rodrigues, 2009, p. 8). Obviamente que as definições que têm em conta os doentes

serão as mais importantes, pois ao visar-se a qualidade de um serviço ou produto não se deve menosprezar o destinatário do mesmo. Além disso, é imperativa a reavaliação constante, no sentido de se aperfeiçoarem, permanentemente, os processos organizacionais. (Israeli, Becker, Seixas & Röpke, 1996, p. 2).

O entendimento que se faz dos métodos para atingir a qualidade depende, em muito, das perspectivas daqueles que as enquadram: gestores ou profissionais dos cuidados de saúde. Enquanto os primeiros enformam os seus critérios de qualidade em função de uma visão económica e dominada pela eficiência, onde as coordenadas custos, utilização de recursos disponíveis e ausência de desperdícios ocupam o lugar central; já os segundos norteiam a sua acção pela avaliação da efectividade, relegando para segundo plano os custos associados. Além disso, como refere Rodrigues (2009, p. 10), os profissionais de saúde não concebem a possibilidade de utilizarem medidas padrão, na medida em que tratam cada doente de forma exclusiva nas suas dimensões física, psíquica e sociocultural, não passível, portanto, de ser submetida a qualquer padrão. É, pois, neste âmbito que aparece a definição de qualidade em saúde apresentada pelo Institute of Medicine (IoM) em 1990 “*the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*” (IoM, 2002, p. 1).

O facto de o Institute of Medicine ter proposto esta definição não implica a sua aceitação, tácita ou não, e muito menos instituiu uma definição que reunisse consenso. O mesmo se passa em relação a múltiplas outras definições que surgiram e que tiveram o mesmo êxito que esta. Uma das definições que merece a atenção é, sem dúvida, a de Maxwell (1984, p. 1471) que vincula a qualidade de saúde aos seguintes aspectos: (i) efectividade para os doentes individuais; (ii) aceitabilidade social; (iii) eficiência no sentido da maximização do resultado para um determinado *input*; (iv) acessibilidade aos serviços e inexistência de barreiras; (v) equidade; e, (vi) relevância face às necessidades da comunidade. Outro contributo para a definição de qualidade deve-se a Ferreira (1999). Este autor entende qualidade como um processo contínuo de melhoria dos serviços e cuidados, de modo a que todas as expectativas, preferências e necessidades, quer dos profissionais de saúde (médico/enfermeiro) quer dos contribuintes (doentes) sejam satisfeitas pelo hospital prestador de cuidados.

Aceitando como inevitável a subjectividade patente no conceito de qualidade, variável de acordo com a entidade que o utiliza (médico, doente, gestor ou autoridade de saúde), é de todo recomendável que a definição de qualidade resulte de um equilíbrio entre as diversas ópticas envolvidas nesta tarefa (Donabedian, 1980, p. 3).

Tendo em conta a especificidade da qualidade na área da saúde, Pisco e Biscaia (2001, p. 43) enumeram as características fundamentais que diferenciam a qualidade deste de outros sectores: é orientada para as necessidades e não simplesmente para a procura, é de carácter pró-activo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. É nesta perspectiva que Barros (1999, pp. 1-2) apresenta a definição da qualidade da Saúde do Ministério da Saúde como paradigmática: “ *satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser pró activo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única da aceitabilidade*” ou, como resume Barros (1998, p. 2), “ *deve-se fazer o melhor possível*”. Além disso, é expectável para os cidadãos e a comunidade em geral que os cuidados de saúde, como referem Pisco e Biscaia (2001, pp. 43-44), sejam “ *acessíveis, adequados e efectivos, com baixo risco e custos socialmente suportáveis*”.

Como já referido, na área da saúde, a qualidade é definida tendo em conta duas vertentes principais, incidindo ora sobre os aspectos técnicos, relativos ao conhecimento científico e técnico e ao modo como estes conhecimentos são usados nos cuidados de saúde, ora sobre os humanos que avalia o atendimento das necessidades pessoais dos doentes. Na verdade, na opinião de Ferreira (1991, p. 94) e (Hesbeen, 1998, p. 155) o conceito de qualidade é subjectivo, ou seja, o que para um doente tem qualidade pode não ter para outro. Ainda assim o conceito, ainda que genérico, de “boa qualidade” é geralmente entendido no mesmo sentido por todos (Ferreira, 1991, p. 94).

A atenção que o conceito de qualidade atraiu, permitiu a emergência de um conjunto de conceitos que gravitam à sua volta tais como a garantia da qualidade, a avaliação da qualidade, a qualidade de vida, a qualidade de saúde, a qualidade de serviços de saúde e a qualidade dos cuidados de saúde, como atesta Rodrigues (2009, p. 11).

1.1.1 - Qualidade dos cuidados de saúde

De acordo com Alves (2007, p. 27) vive-se no século da Qualidade, o que justifica o seu estudo, no entanto, quanto mais se estuda o assunto, mais difícil parece ser a tarefa de acrescentar conhecimento novo a esta realidade. Na área dos cuidados de saúde, Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (s/d, pp. 1-2) enumeram as razões que justificam a qualidade. Os autores destacam as razões de “ *ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos doentes, ética (exigência ao nível da formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas,*

valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicos (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma cultura de qualidade na saúde).”

Quando uma qualquer organização define como um dos seus objectivos a melhoria da qualidade, deve, na perspectiva de Ferreira (1991, p. 93) começar por estabelecer a definição do conceito de qualidade e, quando se fala em qualidade, deve atender-se, de acordo com Mezomo (2001, p. 111) a três aspectos fundamentais: (i) missão, a que correspondem os objectivos da instituição, (ii) serviços ou produtos, e (iii) satisfação do cliente.

Garvin, no seu livro *Managing Quality* (1988, pp. 49-60), procurou uma forma de tornar mensurável a qualidade. Assim, introduziu várias dimensões na definição de qualidade, a saber: (i) Performance, características operacionais primárias do produto; (ii) Características, particularidades secundárias que permitem diferenciarem os produtos; (iii) Confiança, probabilidade de um produto funcionar mal ou avariar; (iv) Conformidade, grau de adesão do produto a padrões previamente estabelecidos; (v) Durabilidade, média de vida do produto; (vi) Manutenção, facilidade que um produto ser reparado, caso necessário; (vii) Estética, medida baseada em opinião pessoal; e, (viii) Percepção de qualidade, de acordo com a perspectiva do consumidor. Daqui se pode deduzir que definir qualidade se revela uma tarefa, no mínimo, complexa. Definir qualidade de cuidados de saúde não é mais simples

Sendo a expressão qualidade de cuidados de saúde uma expressão difusa, não só se manifestam as dificuldades na definição do conceito, como também na mensurabilidade do mesmo. Relativamente a esta questão, Ferreira (1991, p. 97) considera indispensável, e prévio, a necessidade de trabalhar conceitos como saúde e cuidados de saúde.

Relativamente ao primeiro conceito, o consenso é inexistente, difundindo-se em definições reducionistas como «ausência de doença» ou, a que parece mais interessante da autoria da OMS, “*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (Grad, 2002, p. 984). Em consonância com a definição apresentada pela OMS, Capra (1983, p. 322) define saúde como uma experiência de bem-estar que implica um equilíbrio entre duas esferas: aspectos físicos e psicológicos do organismo, por um lado, e interacções com ambiente natural e social, por outro. Assim, a saúde não se confina ao doente, mas também ao ambiente que o envolve. A definição de saúde da OMS contribui para o entendimento generalizado de saúde como equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos (natureza biológica, psico-afectiva e comportamental) e extrínsecos (meio ambiente físico e relacional que rodeia o indivíduo). A estes acrescenta-se, segundo Rodrigues (2009, p. 12)

ainda a capacidade de desenvolver potencialidades e recursos quer a nível individual quer a nível colectivo, que visem melhorar o bem-estar e a qualidade de vida.

Relativamente ao conceito de cuidados de saúde, veja-se a definição de Constanzo e Vertinsky (1975, p. 418) em que cuidados de saúde são definidos como: *“um serviço abrangente fornecido com o objectivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicos das pessoas”*.

Desta forma, e face ao anteriormente exposto, a tentativa de definição de qualidade dos cuidados de saúde implica, para Donabedian (1981, p. 410), a fixação de atributos dos cuidados prestados e dos critérios compreendidos nos bons cuidados. Este autor num outro documento (1980, p. 2) define qualidade dos cuidados de saúde, depois de avaliar os ganhos e perdas associadas ao processo de cuidados nas suas mais variadas vertentes, como o tipo de cuidados que resulta em bem-estar dos doentes, mesmo que relativo. Posteriormente Palmer (1983, pp. 14-15) refere-se à qualidade dos cuidados como *“tornar o mais efectivo possível os cuidados prestados, melhorando o estatuto de saúde e satisfação da população, dentro dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidirem gastar com tais cuidados”*. Nesta abordagem da questão há uma nota inovadora que consiste na introdução da perspectiva da população (doentes) no que respeita à satisfação quanto aos cuidados que lhe são prestados.

A definição proposta implica, portanto, a associação de dois elementos na área dos cuidados de saúde: a componente técnica e a componente interpessoal. À componente técnica dos cuidados de saúde cabe a função de curar, reportando-se à forma como se aplicam os conhecimentos médicos e a tecnologia ao dispor dos profissionais de saúde à situação concreta (Vuori, 1982, p. 36). À segunda componente dos cuidados de saúde, cuja função é cuidar, cabe a dimensão sócio-psicológico de interacção entre o médico e o doente, integrando a cortesia no trato, a paciência, a amizade e a sinceridade, de acordo com Ferreira (1991, pp. 98-99). Ambos os domínios, técnico e interpessoal, são ciência e arte, não sendo possível muitas vezes estabelecer fronteiras entre eles.

1.1.2 - Avaliação da qualidade nos cuidados de saúde

Os períodos de mudança no sector da saúde não devem prejudicar a qualidade dos serviços. Deve garantir-se que a qualidade dos serviços prestados se mantenha em níveis satisfatórios e que não esmoreça a atenção dedicada a esta questão (Rooney & Ostenberg, 1999, p. 4).

Não surpreende pois que a melhoria da qualidade e a avaliação exigida pela necessidade dessa melhoria sejam hoje questões preponderantes. Outrora, a relação doente/serviço médico e/ou

hospital baseava-se na confiança, actualmente esta relação sofreu um forte abalo, resultante sobretudo de uma visão mais abrangente por parte do doente no que respeita ao mercado da saúde. O doente por se encontrar mais e melhor informado pondera as suas decisões em função da avaliação que faz dos cuidados prestados por entidades diferentes, como defende Pereira (2009, p. 11).

Esta situação está na base das crescentes expectativas, e exigências das populações, no que concerne à efectividade da prestação de cuidados de saúde, bem como na tentativa de certificação da validade dos serviços prestados em consonância com as melhores e eventualmente mais recentes práticas. Donabedian (1980, p. 3) e Mezomo (2001, p. 111) partilham a opinião de que o doente, quando avalia, faz incidir a sua atenção sobre as seguintes componentes: (i) técnica, que reporta-se à aplicação da ciência e da tecnologia, (ii) interpessoal, referindo-se à interacção doente-profissional, podendo decompor-se em trocas de informações e trocas afectivas e, (iii) amenidades, que se referem às comodidades oferecidas aos doentes, em termos de conforto e bem-estar, às propriedades das instituições ou dos próprios cuidados, como sejam a concepção arquitectónica dos edifícios, a distribuição dos espaços, o conforto, a luminosidade, a existência de televisões, entre outros. Estas componentes estão sempre inter-relacionadas, pelo que só quando avaliadas no seu conjunto, se pode conhecer a qualidade dos cuidados de modo mais realista e fidedigno. Efectivamente, deve ter-se em conta que a percepção da importância de cada uma das componentes atrás mencionadas é condição *sine qua non*.

A qualidade dos cuidados de saúde depende de factores tão diversos como as necessidades de cada doente, as experiências prévias pessoais e de outros e ainda da eficácia na comunicação externa dos serviços de saúde. Além disso há ainda a considerar a variabilidade de indivíduo para indivíduo, mas também a variabilidade do mesmo indivíduo em função da situação em que se encontra e ainda da eficácia e empenho demonstrados pelos profissionais de saúde nas actividades que desenvolvem, pois “a *qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar, do empenhamento pessoal dos profissionais*” (Hesbeen, 1998, p. 10).

Quando se refere à avaliação, no sentido geral, reporta-se a atribuição de valor a algo. Para Minayo (2005, p. 5) implica, “*julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou alguma coisa*”. Concretamente, para Minayo (2005, pp. 7-8) implica algo mais do que efectuar uma medição quantitativa. Integra desde expectativas, passando por valores e preconceitos, até preferências dos indivíduos ou grupos que realizam essa mesma avaliação da qualidade. Neste sentido, a avaliação não deve, nem pode ser, considerada um fim em si mesma, mas uma parte

constituente de um processo em que a explicitação de um juízo de valor seja o ponto de partida para que se processem alterações que conduzam à qualidade previamente desejada.

Por tudo isto, as instituições de saúde a par dos governantes, que se vêem confrontados com a gestão de recursos limitados para custos crescentes, preocupam-se com a avaliação dos cuidados de saúde (Rodrigues, 2009, p. 17).

Verifica-se, no entanto, a existência de uma diversidade imensa de modelos de avaliação da qualidade. Se o que se pretende é avaliar a qualidade do ponto de vista do doente, então a proeminência das relações entre os profissionais de saúde e os doentes tanto quanto das características técnicas dos cuidados em si é um factor incontornável. Para que a avaliação dos cuidados de saúde seja mais fácil de executar, propõe-se (Donabedian, 1980, p. 1; Ferreira, 1991, p. 100) que a mesma seja considerada em três dimensões: estrutura, processo e resultados. A difusão da tríade – estrutura, processo e resultados – a avaliar na qualidade de uma acção ou serviço de saúde é da responsabilidade de Donabedin (1969, p. 1833).

A estrutura relaciona-se com as características do local, onde se ministram os cuidados, incluindo recursos materiais e recursos humanos disponíveis, ambiente físico, estrutura organizacional da equipa profissional e métodos de pagamento e reembolso. É evidente que da existência de condições estruturais consideradas boas não decorre necessariamente uma elevada qualidade de cuidados ou serviços prestados. Apesar disso, pode considerar-se a estrutura como condição imprescindível, porquanto a existência de recursos suficientes e de um sistema adequado, seriam o meio mais importante de promoção e o garante da qualidade dos cuidados de saúde, (Donabedian, 1988, p. 1745; Ferreira, 1991, p. 101). No que respeita ao processo, deve dizer-se que aquele corresponde ao conjunto de actividades desenvolvidas na relação profissionais/doentes e ao modo como estas actividades são postas em prática pelos profissionais de saúde, no momento da prestação de cuidados, incorporando cuidados directos, não directos e padrões comportamentais dos profissionais. Há ainda que ter em atenção a relação directa que o processo mantém com os resultados, na medida em que contribui para a variação dos níveis da qualidade dos cuidados. Por outro lado, relaciona-se ainda com as componentes de qualidade, os aspectos técnicos da prestação de serviços e as relações interpessoais, dependendo por sua vez da estrutura (Donabedian, 1980, p. 1; Ferreira, 1991, p. 102). Refiram-se, por fim, os resultados. Consideram-se como os efeitos no estado de saúde do doente ou da população, decorrentes das acções e procedimentos desenvolvidos por profissionais de saúde e atribuíveis a um cuidado prévio. Também se definem como as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos dos profissionais de saúde e finalmente como a satisfação dos doentes resultante dos cuidados prestados. Neste sentido

serão os resultados que possibilitarão determinar em última instância a efectividade, a eficácia e a satisfação dos doentes, no que respeita aos cuidados de saúde prestados, (Donabedian, 1980, p. 1; Ferreira, 1991, pp. 102-103).

Ficou a dever a Donabedian a avaliação centrada na qualidade das acções realizadas pelo profissional de saúde, tendo na sua base padrões técnico-científicos definidos pela actividade clínica. Para o referido autor (1986, p. 6), a avaliação da qualidade tem como objectivo primordial a determinação do grau de sucesso dos profissionais de saúde, no domínio da auto-administração, visando impedir, por um lado, a exploração dos profissionais e, por outro, a evitar a incompetência dos referidos profissionais. Além disso, a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde tem em vista também mantê-la sob vigilância permanente de forma a detectar e corrigir desvios.

Na óptica de autores como Donabedian (1988, p. 1745) ou Mezomo (2001), a interdependência entre estrutura, processo e resultados torna exequível a avaliação. Os referidos autores defendem que a avaliação da qualidade dos cuidados deve incluir a utilização de um instrumento que atenda a indicadores relativos à tríade, visto que estes três elementos não devem ser apreciados autonomamente, ainda que nalguns casos essa conexão possa não se verificar. A existência incontornável de factores como a idade dos doentes, a gravidade da situação ou da doença, ou ainda a carga psicossocial dos doentes, que interferem mais ou menos nos resultados, não significa a inexistência de qualidade nos serviços prestados, mas, também, não implica uma atitude passiva diante de resultados menos desejados, cujas causas devem ser detectadas e tanto quanto possível eliminadas.

Mezomo (2001, p. 111) alerta, ao reportar-se aos cuidados de saúde em geral, para a possibilidade de identificar elementos de qualidade comuns, que se prendem directamente com a ciência e a tecnologia dos cuidados, bem como com a sua aplicação a acções concretas. Estes componentes são referenciados, de igual forma, por Donabedian (1990, p. 1118) para quem a qualidade dos cuidados consiste na “reunião de sete pilares da qualidade: eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade”.

Palmer (1983, p. 15) preocupou-se em definir qualidade de cuidados de saúde tendo em conta que os atributos da avaliação ilustram, necessariamente, a interacção entre preocupações clínicas e não clínicas, no âmbito das instituições de saúde. Neste sentido inventariou cinco dimensões da qualidade de cuidados de saúde: a eficácia, a eficiência, a acessibilidade, aceitabilidade e a competência do prestador de cuidados.

Assim, define eficácia, considerando a avaliação da população em condições ideais, como a característica de um tratamento ou procedimento que visa a melhoria do estado de saúde. Além disso, argumenta que funciona como um indicador do benefício potencial máximo, enquanto resultado de uma determinada intervenção. Enquanto a eficiência é definida por Palmer (1983, p. 15) na sua relação entre o fornecimento máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde e a correspondente unidade de recursos de saúde despendidos; Vuori (1982, p. 7) estabelece idêntica relação mas entre elementos diferentes, o actual impacto de um serviço ou programa e o seu custo.

Quanto à acessibilidade, esta é definida com o acesso aos cuidados de saúde, diante de barreiras tão diversas como as de teor financeiro, organizacional, cultural e mesmo emocional. Refere-se portanto à facilidade com que se obtêm os cuidados de saúde quando se enfrentam problemas múltiplos e ainda com a rapidez e adequação dos cuidados, o que envolve tempos de espera para marcação de consulta e atendimento, bem como a possibilidade, por exemplo, de receber os cuidados no domicílio. Obviamente, este atributo mantém uma relação directa com a disponibilidade existente de recursos, designadamente com os prestadores e as unidades de saúde, mas também com a distribuição geográfica, os meios de transporte ou ainda as condições que viabilizam o livre acesso a todas as pessoas.

A aceitabilidade é definida como o grau de satisfação dos doentes, no que respeita aos cuidados de saúde prestados. Esta dimensão prende-se com o ajuste dos cuidados de saúde face às expectativas, aos valores e desejos dos doentes e das famílias. Nesta componente encaixam noções como: relação médico-doente, amabilidade, preferências do doente no que diz respeito aos custos e efeitos da assistência. Permite, assim, medir a satisfação das necessidades dos doentes relativamente aos efeitos dos cuidados ou dos tratamentos recebidos dos prestadores no que concerne ao seu estado de saúde.

Referindo, por fim, a competência do prestador de cuidados Palmer (1983, p. 15) considera que esta dimensão se traduz na capacidade do prestador de utilizar o melhor conhecimento de que dispõe na tomada de decisão. O resultado desta capacidade é visível no número de consumidores saudáveis e satisfeitos. A competência do prestador de cuidados implica, por um lado, o recurso às suas capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal e, por outro lado, o recurso ao sistema de cuidados e à funcionalidade em termos globais desse sistema.

Para Palmer a forma de obter o máximo de ganhos em saúde, dispondo dos recursos num determinado ambiente, é estabelecendo a interacção possível e desejável entre as várias dimensões exploradas. Deste modo, os cuidados de saúde serão eficazes e eficientes, obtendo

a qualidade máxima de benefício, utilizando os recursos disponíveis.

Há ainda outros aspectos da prestação de cuidados que devem ser tidos em conta, quando se trata da avaliação da qualidade em saúde. Entre eles incluem-se os aspectos técnicos da aplicação do conhecimento e das tecnologias, os aspectos interpessoais, os sociais, os psicológicos, os éticos (na esfera da interacção doente/prestador de cuidados) e, finalmente, os aspectos da organização dos cuidados em termos de acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação. Quanto a esta questão resta apenas acrescentar que as medidas de avaliação recaem sobre um número limitado de dimensões dos cuidados de saúde (Vouri, 1982, p. 17). Por norma, as dimensões dos cuidados de saúde mencionadas, com mais frequência na literatura são: os aspectos pessoais, a qualidade técnica, a acessibilidade, a disponibilização, a continuidade, a comodidade do doente, a localização física, a eficácia nas acções e a eficiência.

Em consequência de todos estes avanços, constatou-se que os cuidados de saúde têm melhorado significativamente ao longo dos tempos. Esta situação justifica-se pelo facto de haver a preocupação ininterrupta de adaptar os cuidados de saúde às expectativas dos doentes. Este tornou-se aliás, um dos principais objectivos do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) de acordo com Pisco e Biscaia (2001, p. 44).” (...) *já não basta o fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.*”

Partindo desta evidência, deve reflectir-se sobre a necessidade de incorporar a avaliação como prática sistémica nos mais diversos níveis de serviços de saúde. A sua adopção poderá dotar os gestores de informação fundamental para a definição de estratégias de intervenção. Considerando, de acordo com Silva e Formigli (1994, pp. 87-88), a existência de um conjunto de informações actualmente desperdiçadas, pela falta de análise, talvez a mudança de atitude relativamente à sua utilidade possa transformá-la em matéria-prima num processo de avaliação regular dos serviços e desta forma permitir alcançar uma organização e gestão dos serviços de saúde desejável.

Não se pretendendo menosprezar a importância da avaliação, é fundamental não reduzir a questão aos números que se possam obter. É imprescindível atender à subjectividade inerente ao processo de avaliação. Para tal é necessário ter a capacidade de ultrapassar as correntes que defendem um trabalho que vise apenas a apreciação dos resultados numéricos ou que procure exclusivamente a sua operacionalização, porquanto *“quality has to do with nuance, with detail, with the subtle and unique things that make a difference beyond the points on a standardized scale. Quality is what*

separates and falls between those points on a standardized scale (...). This is not a question of interval versus ordinal scaling, but one of meaning' Patton (2002, pp. 150-151).

1.1.3 - Indicadores de Qualidade

A década de 80 do séc. XX constituiu um marco no que respeita à preocupação com a monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Para os gestores, o problema coloca-se sujeito ao binómio custo-benefício. Para os profissionais de saúde, o problema é o da eficácia dos tratamentos (Boyce, McNeil, Graves & Dunt, 1997, p. 3).

A gestão da saúde ocupa as reflexões de vários estudiosos. Tais reflexões pautam-se por critérios diversos, atendendo à procura de qualidade de atendimento na saúde, e o recurso a indicadores individuais ou colectivos, tais como: a estrutura física do prestador do serviço, os recursos humanos necessários à manutenção desta dinâmica (médicos e demais profissionais de saúde) e satisfação do doente (Santos, Seefeld & Scatolin, 2008, p. 1). Acrescente-se ainda a observação pertinente de Donabedian (1981, p. 410; 1988, p. 1745) de que a avaliação da qualidade da assistência implica a tradução de conceitos e definições gerais em critérios operacionais que tenham sido validados e calibrados pela tríade estrutura, processo e resultados.

Ora, a ausência de indicadores de qualidade impossibilita a avaliação da qualidade em saúde. A sua existência determina a responsabilização, a melhoria da qualidade, a definição de prioridades e a transparência no sistema de saúde. Não obstante a importância dos indicadores de qualidade, estes não devem ser considerados como a panaceia para todos os males, uma vez que são dotados de certas limitações. O repto lançado é pois o aperfeiçoamento e implementação de indicadores de qualidade que possibilitem alcançar a verdadeira qualidade (Mainz, 2004, p. 1). Estes indicadores devem permitir a valorização de todas as dimensões do processo de produção de saúde: a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o doente e o trabalho interdisciplinar, como refere Seraponi (2009, p. 79).

Em consonância a visão anterior, Nutbeam (1998, p. 356) define indicador de saúde como *“uma característica de um indivíduo, população ou ambiente que está sujeita a medição (directa ou indirectamente) e pode ser usado para descrever um ou mais aspectos da saúde de um indivíduo ou uma população (qualidade, quantidade e tempo) ”*. No entender de Mainz, (2004, p. 433), para que se verifique a condição de indicador de qualidade ideal, este deve medir exclusivamente um aspecto específico da qualidade dos cuidados de saúde. Infelizmente, e seguindo uma tendência contrária a esta advertência, os indicadores de resultados reflectem, frequentemente,

uma variedade de características dos doentes, situados fora do controlo do prestador. Duperron, (2009, p. 4), por sua vez, considera indicadores as *“variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. É a variável que descreve uma realidade, devendo para isso ter as características de uma medida válida em termos estatísticos”*.

Indicadores, segundo Boyce *et al.* (1997, pp. 11-13), são variáveis que permitem obter medições quantitativas das variações no comportamento dos critérios de qualidade previamente definidos. Na verdade estas variáveis, dotadas de características de uma medida válida, no âmbito da estatística, representam a realidade. Assim, do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde [WHO] (1997, pp. 10-11), os indicadores devem reunir as seguintes características: (i) exactidão, ou possibilidades mínimas de erro; (ii) confiança, ou a possibilidade de diferentes pesquisadores, face a um mesmo evento, obterem os mesmos resultados; (iii) simplicidade; (iv) pertinência que implica que esteja correlacionado ao fenómeno ou critério em estudo; (v) validade, que permita medir efectivamente o fenómeno ou critério em causa; (vi) sensibilidade, que permita detectar as variações no comportamento do fenómeno que examina; e, (vii) especificidade, vista como a possibilidade de alterações se reflectirem, apenas, nos fenómenos de interesse. Se os indicadores respeitarem todas as características apresentadas poderão preencher o requisito para que foram concebidos: a prestação de informações necessárias e mensuráveis, proporcionando uma descrição da realidade, a par da descrição das alterações da presença do serviço ou da assistência.

Boyce *et al.* (1997, p. 12) exploraram um pouco mais os indicadores de qualidade apresentando-os de acordo com três modelos distintos, tendo em conta ora os resultados (situação de saúde ou mortalidade), o processo (assistência e gestão de saúde) e, finalmente, os factores determinantes (comportamentais e conhecimento público). Os autores classificam-nos, ainda, em qualitativos (por exemplo, o grau de satisfação do doente) e quantitativos (por exemplo, o tempo de espera para ser atendido por um profissional de saúde).

Em termos de resultados dos cuidados, no âmbito da saúde, são considerados como relevantes por Ferreira, Heyrman & Hoeck (1997), os seguintes: o estudo clínico (condições fisiológicas e bioquímicas, sinais e sintomas, categorias de diagnóstico), o estado funcional (cognitivo, físico, psicológico e desempenho/execução social), a satisfação dos doentes e os aspectos económicos ligados à qualidade de vida (valor monetário da mortalidade, morbidade e longevidade).

Por seu turno, Ferreira e Raposo (2006, p. 294) destacam oito vantagens na utilização de

indicadores de qualidade: (i) estimulam a mudança, como resultado da possibilidade de se efectuarem comparações inter-temporais, face a valores padrões, entre diferentes práticas clínicas; (ii) possibilitam avaliações objectivas de processos de melhoria de qualidade; (iii) permitem a identificação de desempenhos não aceitáveis e a sua utilização na garantia da responsabilização/prestação de contas; (iv) estimulam a discussão sobre a qualidade dos cuidados e os recursos usados; (v) ressaltam, na prática clínica, a qualidade da informação; (vi) auxiliam a distribuição de recursos, para as áreas que mais precisam; (vii) são instrumentos baratos e de fácil aplicação na avaliação da qualidade comparativamente a outros métodos, como é o caso da revisão dos pares; e, por fim, (viii) disponibilizam informação importante para decisões de compra e planeamento de acordo com a prestação de serviços.

1.1.4 - Cuidar no Serviço de Urgência

Falar de prestação de cuidados de saúde e falar de prestação de cuidados de saúde em ambiente de urgência hospitalar não é exactamente a mesma coisa. Talvez por isso se considere a prestação de cuidados em ambiente de urgência hospitalar como uma das realidades mais “agressivas” da prática de cuidar/tratar. O contexto particular que envolve o trabalho do profissional de saúde em ambiente de urgência exige um desenvolvimento das capacidades críticas reflexivas quer sobre as suas práticas quer sobre as práticas dos restantes que actuam no mesmo ambiente, além de visarem, simultaneamente, as vivências e experiências, frutos da relação de ajuda com os doentes (Ribeiro, 2008, pp. 65-66).

O Serviço de Urgência distingue-se dos outros serviços de prestação de cuidados de saúde, desde logo pela sua missão de abordar situações urgentes e emergentes que, se não forem atendidas prontamente, poderão colocar em risco a vida do doente. Assim sendo, este serviço cumpre o objectivo de prestar cuidados contínuos e de elevada qualidade ao doente crítico, num espaço privilegiado, em termos técnicos e humanos, preparado para fazer face e resolver a maioria das situações adversas com as quais se pode deparar (Vaz, 2008, p. 83). Cada hospital, em função das suas características específicas e do âmbito a que se destina, encontra-se dotado de diferentes equipamentos e serviços de natureza técnica e humana, determinados em função de estudos estatísticos que têm como objectivo apurar as necessidades de prestações de cuidados de emergência às populações alvo (Vaz, 2008, p. 83).

O serviço de urgência propicia, pelas características que lhe são inerentes e pelo facto de se submeter a uma rotina acelerada de atendimento, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte, as ameaças constantes de

perda e fracasso e a despersonalização e desumanização dos cuidados prestados. Obviamente todos estes elementos justificam o ambiente de tensão enorme e stress que grassa no serviço de urgência (Andrade, Martins, Caetano, Soares & Beserra, 2009, p. 152). Neste ambiente prevalecem as necessidades fisiológicas dos doentes sobre as necessidades psicológicas Hesbeen (1998). Daqui resulta que os trabalhadores deste serviço não criem empatia com os doentes, tratando-os de maneira impessoal, eventualmente menos humanizada, relegando para segundo plano o papel afectivo e social. A afirmação de Vaz (2008, p. 84) traduz, perfeitamente, o ambiente que se vive em ambiente de urgência hospitalar: *“com os seus fios, máquinas, perfusões, monitores, registos, exames fazem da pessoa um aglomerado de valores, que numa primeira fase, serve muito mais para separar as pessoas do que para as unir”* (Vaz, 2008, p. 84).

Reunidas as condições expostas, não é difícil perceber que o serviço de urgência é particularmente despersonalizante (Andrade *et al.*, 2009, p. 152). Ao dar entrada no serviço de urgência, o doente não será ouvido no que respeita aos cuidados físicos, de socialização ou privacidade. A partir do momento em que é admitido, perde a independência (muitas vezes devido à diminuição da sua força física) e fica aos cuidados de médicos e enfermeiros. A proibição do uso de roupas e objectos pessoais traduz, de certa forma, essa perda de independência. Por outro lado, limita-se a presença de visitas a um mínimo possível. A opinião do doente relativamente à entrada no quarto, ao prestador de cuidados ou a tratamentos penosos não é tida em conta, como menciona Hesbeen (1998, pp. 39-40). Os trabalhadores do serviço de urgência lidam com situações extremas, dependendo, muitas vezes, da sua acção a vida dos doentes. Exige-se-lhes, portanto, que actuem com destreza, sintonia, competência e rapidez (Vaz, 2008, p. 84).

Actualmente, os meios de comunicação, a par dos próprios doentes, não se coíbem de questionar a humanização, ou a falta dela, no atendimento prestado às pessoas nos serviços de urgência. A demora no atendimento, o atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde, a inadequação da área física, a falta de material descartável, a falta de equipamentos e/ou de recursos humanos merecem apreciações nada abonatórias por parte de uns e outros. Parece pois necessário, diante desta situação, estabelecer a distinção do atendimento humanizado na perspectiva quer do doente quer do acompanhante do doente. Na opinião de Andrade *et al.* (2009, p. 152) um hospital humanizado será *“aquele que na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço desta, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”*.

1.2 - A Satisfação do Doente

A ciência e a tecnologia médicas aliaram-se na consecução de objectivos tendentes a prolongar a vida dos cidadãos, a atenuar o sofrimento dos pacientes e a melhorar significativamente o bem-estar das populações. Para o êxito deste projecto, entre os princípios governação na saúde, deve estar o interesse pela opinião das pessoas (Ferreira *et al.*, 2003, p. iii). Assim, nos últimos anos tem-se verificado uma preocupação crescente em ouvir o cidadão em matéria de saúde. Simultaneamente, os meios de comunicação social têm contribuído para dar voz a esta preocupação. O investimento em sondagens de opinião sobre temas diversos de saúde. (Ferreira *et al.*, 2003, p. iv) são um exemplo.

Efectivamente, a opinião dos doentes abre caminho a ideias inovadoras das quais decorre uma melhoria da qualidade de todos os processos envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Ferreira & Seco, 1993, p. 168). A análise que se tem vindo a fazer demonstra a tendência para assumir a centralidade dos doentes em todo o processo. Tal dedução levou alguns investigadores a defenderem que as instituições de saúde, sem ter em conta a sua natureza, devem procurar concertar os seus procedimentos com os das empresas mais competitivas, orientadas por uma relação de proximidade com os clientes, visando a satisfação das suas necessidades e pretensões, a curto e longo prazo. A competição que se faz sentir, actualmente, no mercado condiciona qualquer instituição, que se pauta pela necessidade de fornecer o melhor que tem e pode ter: a qualidade nos seus serviços.

É justamente esta situação, de acordo com Ferreira (1999, p. 1), que determina o empenho de políticos e gestores na integração de processos de melhoria da qualidade no planeamento da gestão diária, a fim de aumentar a satisfação dos doentes. O mesmo autor (1999, p. 3) refere que o hospital, de forma análoga a outra qualquer organização, tem de desenvolver a sua actividade em função do consumidor. Tal situação exige um permanente *feedback*, uma observação atenta das suas acções, uma antecipação das suas necessidades e expectativas, um conhecimento dos seus gostos em relação ao serviço e a avaliação que faz dos serviços recebidos.

No entanto, não existe uma base conceptual, sólida e consistente, destinada a aferir a satisfação do doente, pelo que, na última década, se observou o aumento do número de estudos tendentes a analisar a experiência do doente. Os dados recolhidos ajudam a identificar as prioridades concretas para a melhoria da qualidade (Bleich, Ozaltın & Murray, 2009, p. 271).

Qualquer doente cria expectativas que deseja ver satisfeitas na aquisição de um produto ou serviço, independentemente da área a que pertença. Na área da saúde acontece precisamente o mesmo, ou seja, o doente tem também necessidades e expectativas, cabendo aos prestadores de cuidados a satisfação daquelas (Rodrigues, 2009, p. 33). Compreender em que medida as necessidades do doente encontram resposta ao nível da satisfação é, pois, fundamental para garantir o êxito na gestão da qualidade.

1.2.1- Conceito de Satisfação

Quando se fala em “satisfação do doente” torna-se, desde logo, pertinente definir o entendimento da expressão em causa. Trata-se de um termo sumário que, no domínio teórico, designa o leque variado de reacções do doente à experiência de cuidados de saúde, constituindo objecto de estudo de disciplinas como a Psicologia e as Ciências Sociais. No caso concreto do sistema de saúde, o conceito identifica uma das dimensões dos serviços de saúde a ser avaliada, quando o alvo de monitorização é a qualidade daqueles serviços (Pereira, Soares & McIntyre, 2001, p. 69).

Já se sabe que, quando o objectivo é definir um conceito, as dificuldades são imensas e os caminhos se enredam. Sobretudo pelo facto de o termo “satisfação” partilhar com outros a propriedade polissémica. Constatada esta evidência, para Esperidão e Trad (2006, p. 1276), no que respeita à avaliação da satisfação dos doentes dos serviços de saúde, o conceito satisfação, reiterado na literatura internacional, detém contornos muito vagos, encerrando realidades muito diversas.

A consulta do Dicionário Oxford permitiu encontrar na entrada “Satisfação” a seguinte informação: “*gratificação do desejo, o contentamento em poder e prazer, descanso da mente como resultado do cumprimento de seus desejos e reivindicações*”. Além disso, a pesquisa no artigo “*Evaluating the Quality of Medical Care*” de Donabedian em 1966 e transcrito em (2005, p. 711) conduz a outra definição, segundo a qual se considera a satisfação como, um resultado que reflecte a qualidade dos cuidados de saúde. Ware, Avery e Stewart (1977, p. 3), contribuíram para o aprofundamento desta ideia. Os autores concluíram que a satisfação dos doentes decorre da alta qualidade do cuidado prestado, o que atesta a relação íntima entre a satisfação e a qualidade dos cuidados de saúde.

A constatação desta preocupação crescente, atestada pela literatura na área da saúde, com a satisfação dos doentes, não surtiu efeitos na tentativa de explicitação do conceito, nem promoveu a apreciação sistemática dos seus determinantes e consequências. No entanto,

convém mencionar o esforço realizado por Fishbein e Ajzen (1975, p. 1) que, contra esta tendência, procuraram delimitar o conceito em questão. Para tal, estabeleceram a distinção entre atitudes e percepções, fundamental para a reconfiguração do conceito satisfação. Assim sendo, as atitudes e percepções precedentes a um qualquer cuidado são, por excelência, as determinantes prováveis da satisfação do doente dos cuidados de saúde. De acordo com a perspectiva destes autores *“a principal característica que distingue a atitude de outros conceitos é a sua natureza avaliativa ou afectiva (...). É uma avaliação geral ou sensação de favorecimento ou desfavorecimento em direcção ao objecto em questão (...) a atitude deve ser medida por um procedimento que localiza o sujeito na dimensão afectiva ou avaliativa bipolar vis-à-vis um determinado objecto”* (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 11). Assim, facilmente se compreenderá que a satisfação (ou insatisfação) do doente correspondem a expressões de uma atitude e, neste, sentido, pode ser analisada em termos teóricos e metodológicos.

Mas a definição de satisfação do doente ocupa outros autores como Pelz (1982, p. 577). Segundo este, a satisfação depende das avaliações positivas individuais que têm em conta diversas dimensões do cuidado de saúde (emocional, cognitiva e perceptiva). Estas avaliações, na opinião de Martin e Ronson (2007, p. 8), traduziriam uma atitude, uma resposta afectiva, decorrente da crença que é possível o doente avaliar o cuidado em função da presença de certos atributos

Pelo acima exposto, a satisfação pode ser entendida como uma atitude, uma emoção ou sentimento passível de ser medido e verbalizado através de uma opinião. Nesta condição, a satisfação incorpora aspectos afectivos, cognitivos, avaliativos e até comportamentais (Donabedian, 1988, p. 1746). O doente sente-se insatisfeito quando a experiência com o serviço que recebeu não corresponde às expectativas ou suposições que criou. Contrariamente, o doente estará satisfeito se, e quando, a sua experiência com o serviço superar as suas expectativas e suposições (Øvretveit, 1992). Refira-se, ainda, que Fitzpatrick (1997, p. 302) apresenta uma definição de satisfação em que salienta a ansiedade e as incertezas ligadas à situação de doença e do apoio emocional recebido pelo doente. Assim, a satisfação do doente seria a *“avaliação dos cuidados recebidos por parte do doente, contendo esta, reacções emocionais e cognitivas.”*

Recentemente, as definições de satisfação tendem a enfatizar a complexidade de processo de avaliação. Entre outros, salientam-se Newsome e Wright (1999, p. 161) que concebem a satisfação do doente como um conceito multidimensional e um fenómeno subjectivo e complexo, vinculado às necessidades percebidas, às expectativas e experiências do cuidado recebido, decorrendo, portanto, o grau de satisfação das expectativas formuladas. Para Pereira

et al. (2001, p. 70) a relação directa entre serviços e satisfação é inquestionável. Mesmo assumindo a existência de várias definições para satisfação, aceitam uma plataforma comum a todas. Trata-se da ideia de que a satisfação do doente corresponde ao resultado das diferenças entre expectativas do doente relativamente aos cuidados e percepção dos cuidados efectivamente recebidos. Também Pascoe (1983, p. 186), que avaliou vários modelos de satisfação do doente, concedeu o estatuto de componente central à expectativa. Outro tanto se passou com Zeithaml e Bitner (1996) que enfatizaram a relação estreita entre a satisfação e a expectativa.

De tudo o já exposto, a conclusão a que se chega é que existe dois tipos de enfoque, para a compreensão da satisfação dos doentes de serviços de saúde, em consequência das áreas dominantes que tratam a questão da satisfação: Psicologia Social (Pelz, 1982, p. 577) e Marketing (Pascoe, 1983, p. 185). Ainda com o mesmo objectivo, há a considerar a aplicação de várias teorias, no entender de Williams (1994, pp. 511-512), a saber: (i) a teoria da discrepância, (ii) a teoria da atitude, (iii) a teoria da equidade e (iv) a teoria da realização (de expectativas e necessidades). Estas teorias atribuem uma importância extrema ao doente, nomeadamente a aspectos psicológicos, tais como crenças, expectativas e percepções. A este propósito, convém mencionar que, enquanto alguns destes modelos teórico-conceptuais são apresentados na literatura de forma desenvolvida, e acompanhados de comentários (teoria da discrepância e teoria da realização da expectativa), outros há que merecem apenas uma menção (teoria da equidade e teoria da realização de necessidades (Esperidão & Trad, 2006, p. 1269).

A teoria da discrepância é a mais utilizada nas pesquisas, segundo Williams (1994, p. 511). É a diferença encontrada entre as expectativas e a percepção da experiência que dita a antecipação de níveis de satisfação. No que concerne estritamente à teoria da atitude, William (1994, p. 511) entende que a satisfação se identifica com uma atitude, na medida em que existe uma avaliação positiva ou negativa por parte de um indivíduo em relação a um determinado aspecto do serviço. Como exemplo desta teoria, apresenta-se o modelo de Linder Pelz (1982, p. 578), designado por teoria do valor-expectativa. Este modelo compreende a satisfação do doente como uma atitude positiva respeitante à crença de que o cuidado médico detém certos atributos (acesso, eficácia, custo, conveniência, entre outros) passíveis de ser avaliados. Quanto à teoria da equidade, Williams considera que os doentes pautam a sua avaliação em função de ganhos e perdas, em termos isolados e comparativos. Se bem que não se revista de um interesse generalizado, esta teoria tem atraído a atenção por preconizar que o doente avalia os serviços de acordo com critérios de equidade, introduzindo desta forma elementos

comparativos em termos sociais e estabelecendo os confrontos possíveis entre as avaliações de diversos doentes (Pelz, 1982, p. 579). No tocante à teoria da realização, advoga-se que a satisfação é o resultado da diferença entre o esperado e o obtido (Pelz, 1982, p. 579; Williams, 1994, p. 511). Esta teoria tem merecido muitas críticas pelo facto de não ter em conta o vector da experiência do serviço. Note-se que, no que tange a teoria da realização, se distinguem dois tipos: a realização da expectativa e a realização da necessidade.

A pesquisa levada a cabo mostra a existência de uma grande diversidade de modelos teóricos que visam avaliar o grau de satisfação dos doentes. Todos eles partilham o seguinte pressuposto: percepções do doente relativamente às suas expectativas, valores e desejos (Pelz, 1982, p. 578; Williams, 1994, pp. 511-512). O modelo que atinge maior consenso entre utilizadores de diversas empresas na área da prestação de cuidados de saúde, é da autoria de Zeithaml, Parasuraman e Berry (1993, p. 1). Mais uma vez, a qualidade do serviço se define como a diferença entre as expectativas e as percepções dos doentes, ou seja, o doente estará tanto mais satisfeito quanto as suas percepções sobre o serviço recebido ultrapassarem a expectativa que depositara no serviço.

É curioso analisar de que forma o funcionamento de um serviço pode conduzir à melhoria continuada do mesmo. Na perspectiva dos autores anteriormente citados, esta melhoria resulta essencialmente do fenómeno de ajustamento das expectativas ao serviço prestado. O doente vai ajustando as suas expectativas para um futuro contacto em resultado dos serviços já recebidos nos contactos prévios. Se o serviço melhora, o resultado decorrente é a melhoria da percepção do doente, que por sua vez fomentará um aumento de expectativas, o que se traduzirá numa maior exigência para com o fornecedor (Zeithaml *et al.*, 1993, p. 7).

A proposta de Donabedian (1990, p. 1116) em termos conceptuais aproxima-se da de Parasuraman, porquanto entende que a avaliação dos doentes decorre da categoria da aceitabilidade, que aponta para a conformidade entre os serviços oferecidos e as expectativas dos doentes e dos familiares. Porém, metodologicamente, a dimensão da aceitabilidade atende também a variáveis como a influência directa dos doentes na definição e avaliação da qualidade dos serviços (condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-doente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento e considerações do doente relativamente aos conceitos de justiça e equanimidade)

1.2.2 – A Satisfação dos Doentes como Indicador de Qualidade dos Cuidados de Saúde

A saúde, a par da educação, tem sido apontada como factor de transformação social e critério de desenvolvimento de um país (Santos *et al.*, 2008, p. 1).

A verdade é que a saúde das populações, em termos gerais, e de cada pessoa, em particular, na medida em que é condicionada por determinantes sociais e económicas, que se projectam nas vivências diárias, tem fomentado uma ampla discussão. A literatura, produzida neste âmbito, comprova esta teoria. Entretanto, a partir de meados do século XX, tem-se difundido a ideia de que a saúde é condicionada pela acção da medicina moderna (Akerman & Nadanovsky, 1992, p. 362). Duas justificações constituem o sustentáculo da popularidade desta concepção: o extensivo marketing, apoiado pelos interesses da indústria de insumos e tecnologia médica, bem como da corporação médica, e algumas acções médicas tidas como eficazes e, por isso, bem-vindas. O facto de o processo saúde-doença ser amplamente influenciado pelas relações sociais e económicas e a medicina moderna não estar preparada para actuar eficazmente nesta esfera, não coíbem a responsabilização social do serviço de saúde em se apetrechar de forma a actuar, sistematicamente, nas decisões e execuções de políticas sociais e económicas e, simultaneamente, oferecer cuidados médicos especializados (Akerman & Nadanovsky, 1992, p. 362).

Na opinião de Vuori (1982, p. 52), a tarefa primordial dos serviços de saúde não envolve exclusivamente a ideia tradicional de cura. Conjuga, antes, cuidados como tranquilizar, aliviar, confortar e lidar com situações em que a vida pode correr riscos. Vuori, Ware *et al.* (1977, p. 7) tornam-se porta-vozes de uma proposta que se traduz num avanço do processo de avaliação, já desprendido da tradicional visão da “cura”, voltado para áreas como o atendimento directo. À ideia de cura e à arte de cuidar devem associar-se as condições em que se prestam os cuidados (conforto, aspectos de informação ou comunicação, celeridade e amabilidade). Na mesma linha de pensamento filiam Fitzpatrick e Hopkins (1993, pp. 298-299). Os autores mencionam o facto de os doentes opinarem distintamente em relação a aspectos diversos dos cuidados de saúde, como sejam o aspecto técnico e o aspecto humano do cuidar.

Nos finais da década de 70, na Europa e nos EUA, simultaneamente, emergiram vários movimentos. Ora confrontando-se, ora reforçando-se, integraram um processo amplo de transformações económicas, políticas e culturais e projectaram os doentes para um papel central na avaliação dos serviços de saúde (Vaitsman & Andrade, 2005, p. 600). Vaitsman e Andrade advogam que, no sector público, as políticas reformistas e de restrição de gastos, bem

como a emergência de modelos de gestão mais transparentes, de maior qualidade e eficiência dos serviços, foram determinados pelos custos crescentes dos serviços de saúde.

Assim sendo, é, pois, a partir da década de 70 que a satisfação do doente passa a ser tomada como indicador de qualidade na avaliação dos resultados dos serviços de saúde. As primeiras pesquisas na área da avaliação em saúde referiam-se à satisfação do doente inserido no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade, sendo a satisfação com o atendimento e a saúde do doente uma meta a ser alcançada pelos serviços. Pretendia-se, deste modo, na óptica de Williams (1994, p. 510), atingir os melhores resultados clínicos, contando com a adesão ao tratamento em três frentes: comparência nas consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos fármacos.

À medida que a expressão “satisfação do doente” passou a ser incorporada num vasto e heterogêneo conjunto de pesquisas, visando conhecer a opinião dos doentes em relação a um serviço geral, público ou privado, o termo “doente” passa também a integrar as pesquisas sobre avaliação da saúde. Em termos globais, estas pesquisas deram enfoque a dimensões dos cuidados à saúde antes relegados como a relação médico-doente, a qualidade das instalações do serviço e qualidade técnica dos profissionais de saúde (Vaitsman & Andrade, 2005, p. 601).

Por seu turno, Castilho, Dougnac, Vicente, Muñoz e Rojas (2007, p. 696) consideram que a qualidade é elemento estratégico conducente à transformação e melhoria dos sistemas de saúde modernos. O entendimento da qualidade em saúde não está isento de ambiguidades, porquanto detém significados distintos para doentes, profissionais e gestores, ou até mesmo estudiosos. Neste grupo há os que consideram qualidade e satisfação como sinónimos, funcionando a satisfação do doente como indicador de relevo para avaliar a qualidade dos serviços.

A abordagem da questão da “qualidade”, segundo Vuori (1982, p. 35), exige atenção no que se refere à dimensão da qualidade a considerar, além de outros aspectos como quem define qualidade e quem beneficiará dessa qualidade. Fácil será ilustrar o que se apontou recorrendo aos exemplos concretos apresentados por Akerman e Nadanovsky (1992, p. 363) os administradores estariam interessados em dar maior ênfase a aspectos relativos à equidade na distribuição dos serviços, os gestores procurariam formas eficientes de provisão, os médicos privilegiariam os resultados das suas condutas e, finalmente, os doentes ater-se-iam a aspectos como o cuidado e o tratamento prestado pelos profissionais de saúde. Estes autores (1992, p. 364) sugerem a necessidade de utilização de medidas em que seja considerada a satisfação dos

doentes com o serviço, para definir indicadores de qualidade, inerentes ao processo de avaliação.

Diante destas evidências, a tendência tradicional para que a avaliação seja determinada pela qualidade da cura é posta em causa. A existência de uma multiplicidade de outros factores que condicionam a saúde implica, por conseguinte, que a prática avaliativa tenha em atenção outros atributos do cuidado. O serviço só será de alta qualidade, quando satisfizer o doente, que é o alvo desse serviço.

Donabedian (1984) ponderou certamente esta necessidade do doente, uma vez que a satisfação do doente se tornou, para ele, um dos elementos a integrar na avaliação da qualidade em saúde, à qual juntou a avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ter um triplo enfoque, observado de forma complementar mas, simultaneamente, de forma independente. Deste modo, o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian garantiu um avanço significativo por envolver os doentes na definição de parâmetros e na avaliação da qualidade dos serviços. Por isso, indicadores como a mortalidade ou a qualidade de vida, enquanto garantes do êxito destes serviços, deixam de ser relevantes, sendo substituídos pela avaliação dos resultados alcançados pelos serviços (Donabedian, 1978, p. 857).

A partir de então, os doentes não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do doente, como um atributo da qualidade, tornou-se um objectivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do doente ao tratamento, como era comum nos objectivos de estudos anteriores (Vuori, 1987, p. 107; Williams, 1994, p. 510).

A satisfação dos doentes é, sem dúvida, o resultado que maior destaque merece, ao nível da avaliação dos cuidados, na medida em que traduz as opiniões dos doentes relativamente às características e às dimensões da tríade de Donabedian, mencionada acima. Neste sentido o papel que cabe aos indicadores centrados nos doentes é de extrema importância. Veja-se a importância que adquirem, na perspectiva de Rodrigues (2009, p. 30), na sua propriedade de ferramenta de aferição da qualidade dos serviços prestados, bem como ferramenta potenciadora de uma melhoria contínua dos prestadores de cuidados, resultante da sua análise das necessidades e das expectativas dos doentes.

O doente é um elemento fundamental na avaliação dos cuidados porque avalia permanente, e activamente, todos os momentos e passos da sua experiência com os cuidados. Por isso, o grau de satisfação que retira da sua experiência não deve ser entendido de ânimo leve como mero indicador da qualidade dos cuidados, mas deve ser integrado como uma componente efectiva dos referidos cuidados. Na verdade, se o doente tiver uma percepção positiva da

empatia, da interacção, da motivação e da componente clínica, responderá mais positivamente aos cuidados que lhe forem prestados, sendo mais propenso a desenvolver uma relação mais profunda, e de longa duração, com o profissional de saúde, levando ao cumprimento da legislação, da continuidade dos cuidados e melhorando os resultados de saúde (Al-Emadi, Falamarzi & Al-Kuwari, 2009, p. 4). Os autores realçam ainda que a opinião dos doentes facilita a identificação da fonte de insatisfação, permitindo à administração de cuidados de saúde poder abordar a fraqueza do sistema, melhorando assim os seus serviços. O juízo de valor do doente, relativamente à competência e motivação dos profissionais de saúde, fica a dever-se, sobretudo, ao que considera ser a resposta às suas necessidades e não da resposta a padrões universais, onde ele se diluirá certamente. Esta certeza levou o Institute of Medicine (IoM) a defender, veementemente, um modelo de cuidado que gravita em torno do doente (IoM, 2001, p. 2).

Por tudo isto, a opinião do doente ganhou um peso considerável para os parceiros sociais e, no domínio científico, como instrumento de monitorização da qualidade dos serviços de saúde e da eficácia das medidas correctivas implementadas no Sistema Nacional de Saúde (SNS), como defendem Pereira *et al.* (2001, p. 69).

A satisfação do doente adquire assim o estatuto de critério de qualidade, ganhando uma dimensão pessoal enquanto parâmetro avaliativo, dali resultando uma graduação por parte do doente de acordo com a sua experiência no atendimento. Os critérios revestem-se, obviamente, de um pendor subjectivo decorrente da relação entre expectativas que o doente estabeleceu para o atendimento e aquilo que efectivamente recebeu, como mostram Fitzpatrick (1991, p. 887) e Santos *et al.* (2008, p. 8).

1.2.3- Determinantes da Satisfação dos Doentes

Da discussão até agora realizada a questão que se levanta é como se consegue satisfazer, de forma excepcional, o doente.

Tal satisfação não resulta de actos aleatórios de boas intenções nem da benevolência, mas depende de todo um processo. O desenvolvimento do processo que visa a satisfação dos doentes exige o conhecimento detalhado dos seus atributos, como advoga Donabedian (1988, p. 1748). Este conhecimento implica a disseminação das determinantes da satisfação. Só assim será possível uma compreensão mais rigorosa das origens da satisfação (ou insatisfação) e o alcance de uma melhoria da qualidade (Weiss, 1988, p. 385).

Weiss (1988, p. 385) contribuiu, determinantemente, para o conhecimento mais profundo das determinantes da satisfação, porquanto, depois de fazer uma revisão da literatura relativa ao tema, distingue quatro grupos principais: (i) características dos doentes, (ii) características dos profissionais que prestam o atendimento, (iii) aspectos da relação profissional de saúde (médico) /doente e, (iv) factores estruturais e ambientais.

As características dos doentes incluem as sócio-demográficas, as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde. No que respeita às características sócio-demográficas, contemplam-se, em termos de estudo, a idade, o estado civil, a raça, o género, a educação, a ocupação, a extensão do agregado familiar, a classe social e o rendimento. Se, na óptica de Rahmqvist (2001, p. 386), não se pode estabelecer uma relação directa entre estas características e a satisfação dos doentes, Pascoe (1983, p. 197) verifica que as características com maior impacto são o género e a idade. Os doentes mais idosos e do sexo feminino tenderão, no seu entender, a apresentar níveis de satisfação mais elevados. Contudo, esta é uma área em que não há consenso. O estado de saúde prévio ao tratamento, segundo Pelz (1982, p. 580), condiciona a satisfação do doente. A gravidade da doença, associada ao estado psicológico do doente, pode afectar a percepção dos cuidados prestados e condicionar os próprios resultados desses mesmos cuidados. Os sentimentos (expectativas e desejos) dos doentes devem ser melhor explorados pelos médicos, pois estes têm dificuldade em os expressar verbalmente e, ao não terem respostas, estes sentimentos poderão transformar-se num factor de tensão e frustração (Rao, Weinberger & Kroenke, 2000, pp. 1148-1149).

As características dos profissionais que prestam o atendimento, incluem traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado. A avaliação, por parte do médico, da satisfação do doente no decorrer da consulta é dificultada por diversos factores, designadamente a atitude passiva do doente face ao conhecimento do médico, a dificuldade em expressar verbalmente as dúvidas e inquietações e a natureza despersonalizada da tecnologia médica moderna (Merkel, 1984, p. 453). Apesar da dificuldade na avaliação de algumas características mais técnicas, o processo é dos aspectos mais influentes na satisfação dos doentes. Contam-se, como características importantes associadas, a comunicação, a relação de ajuda e a humanização dos cuidados (Ware *et al.*, 1977, pp. 4-6). Os doentes indiciam uma maior satisfação quando os prestadores são sensíveis e cuidadosos com os seus problemas. É relativamente fácil para os doentes expressarem o seu agrado (ou não) pelas características anteriores (Pascoe, 1983, p. 193).

Os aspectos da relação profissional de saúde (médico) /doente na comunicação entre os médicos e os doentes são, certamente, um dos mais importantes aspectos da satisfação. Na

verdade, Pascoe (1983, p. 193) constatou que a satisfação do doente depende, em larga medida, da informação que o doente recebe por parte do profissional de saúde sobre a sua patologia/situação clínica. É óbvio, portanto, que o facto de os profissionais de saúde demonstrarem preocupação e sensibilidade para com as necessidades dos doentes influi na satisfação destes últimos. É, justamente, este o aspecto que deixa os doentes mais insatisfeitos. Os estudos realizados por Leme, Noronha e Resende (1991, p. 42) admitem a existência de dois estilos de comunicação entre o doente e o profissional de saúde: o afectivo ou o de controlo. O primeiro, ao invés do que se verifica no segundo estilo, caracteriza-se pela demonstração, por parte do profissional de saúde, de interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor e calor humano. É deste estilo que dependem as melhores respostas ao tratamento e o maior grau de satisfação.

Os factores estruturais e ambientais incluem condições físicas dos serviços, orgânica funcional, o acesso aos cuidados, forma de pagamento, tempo de tratamento e marcação de consulta, entre outros (Weiss, 1988, p. 385; Ware *et al.*, 1978, pp. 5-6). Apesar de as boas condições organizacionais e ambientais poderem influir positivamente na satisfação dos doentes, só por si não determinam o seu nível. Os problemas de acesso, tais como listas de espera para tratamento, o tempo de espera nas instalações e a inexistência de respostas eficazes geram insatisfação e desconfiança difíceis de ultrapassar. Para Coyle (1999, pp. 100-101), incluem-se na acessibilidade “*a distância que os doentes têm que percorrer para chegar aos locais onde os cuidados de saúde são prestados, o tempo e esforço despendidos para marcar uma consulta, horários durante os quais os cuidados podem ser obtidos, tempo de espera no local onde os cuidados são prestados, se há parques de estacionamento suficientes, se a ajuda é possível através do telefone e se os cuidados podem ser recebidos em casa*”. A continuidade dos cuidados é definida em função da frequência de cuidados tendo em conta a mesma organização, a mesma localização e o mesmo prestador. Muito raramente, é ainda definida pela existência de um registo clínico no conjunto de todas as visitas do paciente (Ware *et al.*, 1978, pp. 5-6).

De modo geral, destacam-se dois grupos de factores relacionados com a satisfação: um relativo ao serviço e seus profissionais e outro inerente aos doentes. É sobretudo este segundo grupo que tem suscitado maiores divergências nos estudos que se têm realizado Weiss (1988, pp. 384-385) se alguns estabelecem uma associação positiva, outros identificam uma associação negativa e, finalmente, outros não consideram a existência de qualquer associação. Ainda, segundo o autor (1988, p. 385), ocupam um lugar de destaque na literatura questões como a satisfação com a vida em geral e com a comunidade em particular, a credibilidade dos médicos na região, os sentimentos elevados de controlo (é o indivíduo quem determina a sua

vida), a garantia de continuidade do tratamento, patente na regularidade de oferta de cuidados, o atendimento realizado pelo mesmo profissional e, finalmente, o estado de saúde do doente no momento em que recorre ao serviço. Este pode ser determinante quer pela gravidade do quadro, quer pela limitação física, psicológica, social ou mental ou até mesmo pela depressão, decorrentes da doença.

Posto isto, Akerman e Nadanovsky (1992, p. 364) alertam para o facto de que, quando se pretende avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é imprescindível ter a certeza de que se está a avaliar o serviço e não outros factores que de algum modo interfiram com a qualidade.

Geralmente, cada organização de cuidados de saúde opta, preferencialmente, por uma ou várias dimensões apresentadas sendo que a tendência mais comum é ter em conta as dimensões associadas aos grupos de determinantes supracitados, como afirma Coyle (1999, p. 118).

1.2.4 - Satisfação com os Serviços de Urgência

Constata-se, actualmente que o número de estudos destinados a analisar a satisfação dos doentes com os serviços de urgência é parco, quando comparado com o conjunto de estudos existentes sobre a satisfação com os serviços de urgência em geral (Watt, Wertzeler & Brannan, 2005, p. 13). A implementação de programas de melhoria, tendentes a um efectivo acréscimo da satisfação dos doentes nesta área, torna indispensável o conhecimento e compreensão dos aspectos do Serviço de Urgência (SU) que determinem a satisfação (Trout, Magnusson & Hedges, 2000, p. 695).

No que respeita ao serviço de emergência médica, o estado actual do conhecimento indicia que a maioria dos doentes do SU valoriza a prontidão, a cortesia, a compaixão a privacidade e a informação. De facto, na perspectiva de Schwab (2000, p. 500), a hierarquia de desejos dos doentes encontra-se inversamente relacionada com o seu grau de doença.

Efectivamente as pessoas que recorrem aos serviços de urgência fazem parte, em geral, de uma faixa etária mais envelhecida do que a que se dirige aos demais sectores hospitalares e um número considerável de doentes que acode às urgências fá-lo pela primeira vez. Além disso, a evidência de que um vasto número de internamentos se faz por intermédio dos serviços de urgência, torna perceptível que as urgências são, como declaram Hall e Press (1996, pp. 115-116), frequentemente a porta de entrada nos hospitais.

Os doentes que se deslocam aos serviços de urgência (normalmente para atendimento breve), portadores de uma elevada carga emotiva, classificam de impessoal ou assustador o ambiente e a organização com que contactam. Muitas vezes, os doentes encontram salas de atendimento apertadas e desconhecem, assim como os seus familiares, as regras de triagem. Tal situação leva-os a considerar que a prioridade de cuidados se deveria dirigir, em primeiro lugar, para si próprios, até pelo facto de partirem do princípio de que a sua situação é, de facto, grave. Contrariamente a esta ideia, verifica-se que existe um número crescente de doentes que recorre ao SU por causa de situações não agudas ou cujo tratamento se enquadraria no âmbito dos cuidados primários (Hall & Press, 1996, pp. 115-116).

As dimensões mais importantes encontradas, na investigação efectuada sobre a satisfação dos doentes com os serviços de urgência, estão, geralmente, associadas a questões médicas, aspectos interpessoais, o pessoal de enfermagem, o tempo de espera, a comunicação/informação, a qualidade de cuidados e o pagamento (Watt *et al.*, 2005, p. 13; Hall & Press, 1996, p. 118). Boudreaux, Ary, Mandry e McCabe (2000, p. 394), nos seus estudos, salientam estas dimensões, incluindo as competências técnicas e os tempos de espera apercebidos.

Schwab (2000, p. 500) salienta que a prestação de serviços de qualidade ao nível do SU está associada à capacidade de empatia do prestador para com doentes que se conhecem por cerca de dez minutos (compreensão e sensibilidade para com os seus sentimentos, pensamentos e experiências). No entanto, o grau de satisfação com os serviços de urgência poderá variar de acordo com factores de índole cultural e com diferenças significativas nos sistemas de saúde. Independentemente do tipo de julgamento sobre as capacidades de avaliação técnica dos cuidados, Donabedian (1988, p. 1744) destaca os cuidados interpessoais como o meio através do qual os cuidados técnicos são implementados e de que depende o seu sucesso. Os doentes ficam mais atentos, mais condescendentes e menos preocupados quando existe uma boa empatia e informação prestada.

O risco potencial de queixas de má prática é, de facto, elevado tendo em conta que um episódio de urgência comporta um conjunto de características importantes: carga emocional, impessoalidade e brevidade de atendimento. Hall e Press (1996, p. 530) concluíram que, num serviço com características tão singulares, como acontece com o serviço de urgência, os aspectos interpessoais e técnicos não podem ser separados e consideram, então, a satisfação dos doentes com os SU como o elemento fulcral da gestão de saúde. Assim, torna-se fundamental compreender clara e correctamente os factores que mais influenciam a satisfação dos pacientes que recorrem a este serviço.

CAPÍTULO II

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DO DOENTE SATISFEITO APÓS RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA – CHNE

O objectivo desta parte do trabalho de investigação é identificar o perfil do doente satisfeito. Para a sua prossecução o capítulo divide-se em duas partes. Numa primeira parte faz-se a caracterização da população em estudo identificando, expondo e fundamentando o método de recolha de dados estatísticos. O questionário do IAQH-IA é uma adaptação do projecto *Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar, Serviço Urgência* (IAQH-IA). Na segunda parte é apresentada a metodologia econométrica que permite identificar o perfil de um doente satisfeito, após recurso ao serviço de urgência, assim como a sua aplicação neste estudo, em concreto.

2.1 – Objectivo do estudo

A metodologia deste trabalho teve como ponto de partida a identificação e enquadramento do objectivo do mesmo. Identificar e perceber como diferentes características individuais, sócio-económicas e de atendimento dos doentes do serviço de urgência do CHNE concorrem para o grau de satisfação manifestado. Tal avaliação da satisfação que os doentes manifestam, após uma experiência de prestação de cuidados no serviço de urgência, acredita-se ser reveladora da percepção da qualidade dos cuidados.

2.2 – Caracterização estatística da população em estudo

2.2.1 - Instrumento de recolha de dados

O cumprimento dos propósitos deste trabalho tem como base a opinião dos inquiridos sobre o serviço de urgência do Hospital de Bragança, no que respeita a situações concretas relacionadas com o seu nível de satisfação. Para a concretização dos objectivos definidos é importante conhecer, não só a opinião dos doentes relativamente a níveis gerais de satisfação, mas também a opinião sobre questões mais detalhadas que envolvem vários aspectos na formação de opinião global do doente acerca da sua experiência no serviço de urgência.

Desenvolvido, inicialmente, no ano de 1992 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, o IAQH (Instrumento para a Avaliação da Qualidade Hospitalar) foi criado com o intuito de fornecer; às instituições de saúde, informação sobre a apreciação dos seus serviços na visão dos utilizadores. Desta forma serve como instrumento de gestão para a tomada de decisões que possam ir de encontro às expectativas dos doentes sem, no entanto, colocar em causa a qualidade dos cuidados. Estes, podem mesmo ser melhorados, pelo menos, no sentido de uma maior adaptação às necessidades da população (Ferreira & Raposo, 1999, p. 1). Após a sua criação, foi sujeito a vários testes de validação e aplicação em diversas instituições de saúde sofrendo evolução e aperfeiçoamento (Rodrigues, 2009, p. 68).

Ao longo da sua evolução o questionário foi ramificado em 6 versões destinadas a diferentes serviços de prestação de cuidados hospitalares. A versão utilizada para a consecução deste trabalho é a denominada IAQH-UA (IAQH - Urgência de Adultos) que foi particularmente desenvolvida para aplicação a serviços de Urgência. Um exemplo destas aplicações é a dissertação de mestrado de Rodrigues (2009, p. 68) onde se faz a aplicação da quarta versão do IAQH-UA a várias urgências distribuídas pelo território nacional. O questionário é constituído por oito conjuntos de questões que abordam os vários momentos que, habitualmente,

constituem um episódio completo de urgência, ou seja, todos os momentos desde que o paciente se apercebe da alteração do seu estado de saúde até à saída do SU.

No primeiro grupo de questões pretende-se conhecer, entre outros: os motivos que conduziram ao SU, o tempo decorrido até ao mesmo, desde o início dos sintomas ou o recurso anterior a outras instituições de saúde. De forma resumida, procura-se adquirir conhecimento relativo às condicionantes anteriores à ida ao SU, que podem influenciar uma maior (ou menor) satisfação do doente. O segundo grupo de questões refere-se à chegada ao SU, antes do atendimento médico. Pretende-se conhecer a percepção do doente relativamente às condições do SU, tempo de espera, sentimentos durante a espera, expectativas relacionadas com o tempo, condições físicas, entre outras. Numa etapa seguinte, as questões dirigem-se no sentido de obter a opinião do doente acerca da observação médica. Segue-se um grupo mais vasto de questões que se focam na obtenção de conhecimento relativo a procedimentos técnicos, resultados (em termos de saúde) da ida ao SU e indicações que o doente deve seguir em caso de situação semelhante. O grupo de questões seguintes é directamente destinado a conhecer o grau de satisfação dos doentes relativamente a vários aspectos particulares relacionados com a sua passagem pelo SU. Os dois últimos grupos de questões referem-se à assistência que o Centro de Saúde pode prestar ao e à identificação de algumas características sócio-demográficas da população em estudo, respectivamente.

Na maioria dos grupos, surge uma, ou mais, questões abertas que permitem que o doente exprima algo que não está exposto para apreciação. Destas destacam-se três questões que finalizam o questionário e procuram recolher informação sobre: (i) o que particularmente satisfaz o doente, (ii) o que o doente menos gostou e, (iii) o que o doente mudaria se para tal tivessem poder.

2.2.2 – Descrição estatística da informação recolhida

A amostra utilizada para este trabalho resulta de uma selecção aleatória de doentes que recorreram ao serviço de urgência do CHNE, unidade hospitalar de Bragança, durante o mês de Setembro de 2010, nos períodos da manhã, tarde e noite. Esta amostra é composta por 282 indivíduos que possuem, como única referência comum, o facto de terem recorrido ao SU. Os questionários foram preenchidos individualmente, sem a presença do autor desta dissertação. Considerando a hipótese de alguns doentes (nomeadamente crianças e idosos) não poderem preencher o questionário, por si próprios, por iliteracia ou incapacidade física ou mental, tal foi realizado pelo acompanhante.

Tendo em consideração que a metodologia a adoptar para identificar o perfil de um doente satisfeito, e a apresentar na próxima secção, tem como base a estimação de uma função de máxima verosimilhança as propriedades de consistência, normalidade e eficiência, desejáveis de encontrar para os valores estimados, são assintóticas, ou seja, os valores estimados apresentarão tais propriedades se a dimensão da amostra tendem para infinito. No caso oposto, ou seja, para amostras de pequena dimensão o comportamento dos estimadores obtidos por máxima verosimilhança é desconhecido não existindo regras robustas e imediatas para determinar o tamanho da amostra (Long, 1997). Long refere que será estatisticamente “arriscado” realizar uma estimação de máxima verosimilhança com amostras inferiores a 100 observações referindo que tal dimensão deverá ser suficientemente grande. A definição do que é suficientemente grande não gerou, até ao momento acordo.

Com a aplicação do questionário ao conjunto de doentes que compõem a amostra é possível obter informação que permite caracterizar a população que afluí, mensalmente, ao serviço de urgência do CHNE da unidade Hospitalar de Bragança. O conhecimento das suas características sócio-demográficas e, mais especificamente, de informação sobre a distribuição do género, idade, profissão, estado civil, de características referentes à percepção de posturas e factores físicos da unidade e de opiniões e atitudes, que a literatura identifica como importantes no desenvolvimento e explicação do perfil do doente (Weiss, 1988, p. 385), é importante para identificar o que concorre para a satisfação do mesmo quando recorre ao serviço de urgência. Tendo estes aspectos em atenção, serão apresentados, de seguida, algumas tabelas e figuras que permitem visualizar e descrever a população em causa.

Na Tabela 1 apresenta-se um resumo estatístico das principais características sócio-demográficas contempladas pelo questionário.

Através dos dados apresentados na Tabela 1 pode verificar-se que cerca de 71% da amostra vive no Concelho de Bragança. O sexo feminino é o mais representativo, no conjunto de doentes questionados, com uma percentagem de quase 63%. Relativamente à idade, verifica-se que a faixa etária dos 30 aos 39 anos é a que regista o maior número de doentes. Em consonância com as faixas etárias estão os resultados para o nível de escolaridade dos doentes. Cerca de 10% possui um nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico. De notar que cerca de (26%) da amostra possui um nível de escolaridade ao nível do secundário e a um nível superior (40%). A maioria da amostra é casada (com registo - 64,2% - ou sem registo - 4,6%), seguindo-se os solteiros que representam 22% da amostra. Em termos de situação laboral verifica-se que, no total, 82,6% dos doentes inquiridos trabalha sendo que a esmagadora maioria é por conta de outrem (66,3%). A inactividade e o desemprego abrangem

6,4% desta amostra. Refira-se que a grande maioria da amostra (cerca de 86%) apenas recorreu ao SU uma única vez num espaço de 3 meses.

Tabela 1: *Distribuição de características socio-demográficas (N=282)*

Características Sócio-Demográficas	Utentes	
	N	%
Residência		
Bragança	200	70,9
Outros	82	29,1
Genero		
Masculino	106	37,6
Feminino	176	62,4
Idade		
Até aos 18 anos	11	3,9
19-29 anos	49	17,4
30-39 anos	113	40,1
40-49 anos	60	21,3
50-59 anos	26	9,2
60-69 anos	10	3,5
70-79 anos	11	3,9
80-89 anos	1	,4
90-99 anos	1	,4
Nível de Escolaridade		
Só sabe ler e escrever	4	1,4
1º ciclo do ensino básico (1-4 anos)	23	8,2
2º ciclo do ensino básico (5- 6 anos)	24	8,5
Ensino Secundário (7- 9 anos)	33	11,7
Ensino Secundário (10-12 anos)	74	26,2
Ensino Médio	11	3,9
Ensino Superior (Politécnico/Universitário)	113	40,1
Situação familiar		
Casado(a) com registo	181	64,2
Solteiro(a)	62	22,0
Divorciado(a)	20	7,1
Casado(a) sem registo - união de facto	13	4,6
Viúvo(a)	5	1,8
Separado(a)	1	,4
Situação Laboral		
Trabalha por conta própria	46	16,3
Trabalha por conta de outrem	187	66,3
Inactivo/não trabalha, desempregado	18	6,4
Reformado/aposentado	14	5,0
Vive de rendimentos	3	1,1
Estudante	14	5,0
282 é o número total de utentes, dos quais:		
242 só recorreu ao SU uma única vez em 3 meses (85,8%)		
35 recorreram ao SU pelos menos duas vezes em 3 meses (12,4%)		
5 recorreram ao SU três ou mais vezes em 3 meses (1,8%)		

O motivo pelo qual o doente se dirige ao SU pode determinar no mesmo um conjunto de expectativas de como acha que deve ser atendido, ou seja, o seu estado pode criar expectativas em relação ao atendimento a que acha que deve estar sujeito. A realização dessa expectativa determinará, como foi visto no capítulo anterior, em grande parte o grau de satisfação do doente. Na Tabela 2 podem visualizar-se os motivos, razões ou condicionantes que levaram o doente a dirigir-se ao SU.

Tabela 2: *Motivos que levam os doentes a dirigir-se ao SU (%) (N=282)*

Motivos para a ida à urgência	Se consultou alguém de um Serviço de Saúde, foi-lhe dito para ir às urgências?			Total
	Não	Sim	Não consultou	
Estar adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras	4,3	6,4	10,6	21,3
Estar adoentado(a) há algum tempo, tendo vindo a piorar	6,7	5,0	9,9	21,6
Doença súbita	9,9	7,1	16,3	33,3
Acidente	1,4	2,1	7,1	10,6
Outra razão	5,0	2,8	5,3	13,1
Total	27,3	23,4	49,3	100,0

A primeira conclusão a retirar é que cerca de 49% da amostra recorreu ao SU sem recorrer anteriormente a alguém de um outro serviço de saúde. Nota-se ainda que cerca de 27% do total da amostra recorre ao SU mesmo que tal não lhe tenha sido aconselhado. A doença súbita é a principal razão para que tal aconteça, em ambos os casos mencionados anteriormente. Os doentes que referem ter adoecido de forma súbita são os que menos procuram conselho dirigindo-se de imediato os cuidados de saúde urgentes. Observa-se, também, que as pessoas que mais tempo passam “adoentadas” (sem sentir melhoras ou sentindo-se a piorar) antes de recorrerem ao SU têm mais tendência a consultar alguém de outro serviço de saúde.

A tabela seguinte (Tabela 3) procura determinar com maior exactidão a razão concreta para que o doente se tenha deslocado ao SU na altura em que se aplicou o questionário. De forma a visualizar mais facilmente as respostas dadas aos itens propostos, são apresentadas na Figura 1, por ordem crescente, as respostas positivas.

Tabela 3: *Razões para o recurso ao SU, em concreto (N=282)*

Razões	Utentes		
	N	%	
Esperava ser Internado/a?	Não	187	66,3
	Sim	23	8,2
	Não sei	72	25,5
Esperava receber tratamento e depois ir para casa?	Não	46	16,3
	Sim	187	66,3
	Não sei	49	17,4
Precisava de um atestado médico?	Não	214	75,9
	Sim	13	4,6
	Não sei	55	19,5
Precisava de uma receita médica?	Não	160	56,7
	Sim	49	17,4
	Não sei	73	25,9
Queria ser observado(a) por um especialista?	Não	74	26,2
	Sim	161	57,1
	Não sei	47	16,7
Precisava de ajuda urgente e não pensou em mais nada?	Não	83	29,4
	Sim	157	55,7
	Não sei	42	14,9
Já tinha ido ao Centro de Saúde outras vezes, mas não ficou satisfeito(a)?	Não	198	70,2
	Sim	37	13,1
	Não sei	47	16,7
O Centro de Saúde não lhe disse para lá voltar caso não se sentisse melhor ou precisasse de mais tratamento?	Não	180	63,8
	Sim	34	12,1
	Não sei	68	24,1
Foi difícil marcar uma consulta no Centro de Saúde?	Não	164	58,2
	Sim	52	18,4
	Não sei	66	23,4
O Centro de Saúde estava fechado e não sabia a que outro local se dirigir?	Não	171	60,6
	Sim	56	19,9
	Não sei	55	19,5
O seu caso só podia ser tratado num hospital?	Não	89	31,6
	Sim	128	45,4
	Não sei	65	23,0

Verifica-se, de um modo geral, que as respostas se aglomeram, normalmente, em torno de uma razão, indicando um consenso geral relativamente a cada uma das opções apresentadas. A análise mais detalhada, que se apresenta a seguir, segue a ordem pela qual as opções são apresentadas na Tabela 3.

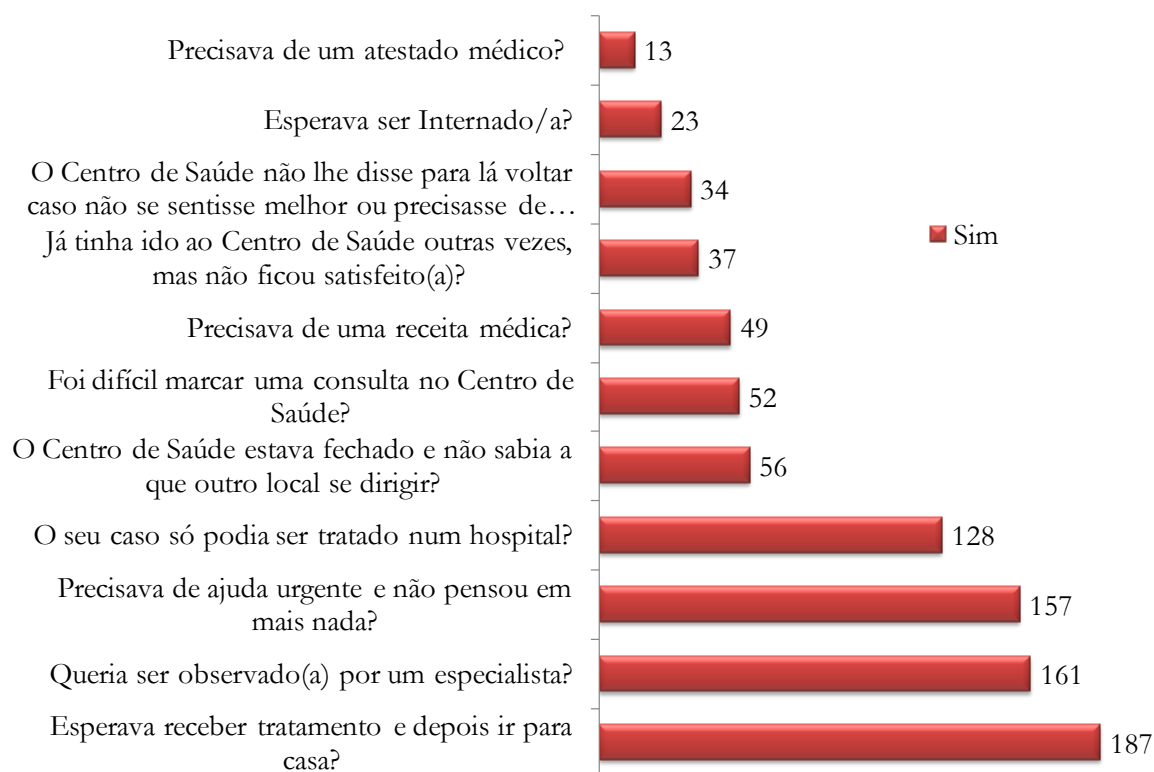


Figura 1. Razões que levaram o doente ao SU, em concreto (N=282)

A maioria dos inquiridos não espera ser internada devido ao seu problema mas cerca de um quarto dos respondentes não sabia se seria ou não internado. Nas duas opções, apresentadas a seguir, a ida ao SU não se prende com uma urgência de saúde mas sim com a intenção, ou não, de obtenção de documentação/receita que os respondentes necessitam. De salientar que o serviço de urgência não é, de todo, o local indicado para a obter, pois, tal documentação não tem o carácter de urgência para o qual o SU é concebido, no entanto, alguns doentes utilizam os serviços desta forma. Cerca de 5% da amostra pretendia obter um atestado médico e 17,4% uma receita médica. No que concerne à procura de um especialista ou de ajuda urgente os resultados mostram que cerca de 57% e 56% da amostra, respectivamente, procuraram o SU com esse intuito. Tendo em conta a forma como os cuidados de saúde estão organizados, a forma mais rápida de aceder a um especialista, além da consulta privada, é através da entrada pela urgência. De facto, a intenção de ser consultado por um especialista é a segunda razão com mais respostas positivas, como se pode verificar na Figura 1. Relativamente ao Centro de Saúde, atendendo às respostas fornecidas, verifica-se que este serviço não limita, da forma que seria expectável, o recurso ao SU. Cerca de 13% da amostra não ficou satisfeita com o atendimento no centro de saúde e 12% admite que o centro de saúde não aconselhou o regresso ao serviço em caso de necessidade de mais tratamento. O encerramento do centro de

saúde é a 5ª razão apresentada para o recurso ao SU. Finalmente, refira-se que 45,4% dos doentes consideram que o seu problema só poderia ser tratado no SU.

Em complemento ao apresentado na Tabela 2, a Tabela 4 apresenta a duração do sentimento de doença que fez os doentes recorrerem ao SU. A duração deste sentimento pode durar de alguns minutos (menos de uma hora) a mais de uma semana.

Tabela 4: *Tempo decorrido desde que se iniciou o processo de doença até ao recurso ao SU (N=282)*

Duração	Utentes	
	N	%
Menos de 1 hora	51	18,1
Entre 1 e 5 horas	51	18,1
Entre 5 e 24 horas	77	27,3
Entre 1 e 7 dias	89	31,6
Mais de 7 dias	14	5,0
Total	282	100,0

Face aos resultados expostos, verifica-se que a maioria dos doentes recorre ao SU até 24 horas desde o início da sintomatologia. Apenas cerca de 36% dos doentes demora mais de 24 horas a dirigir-se ao SU e, destes, são relativamente poucos (5%) os que aguardam mais de 7 dias para o fazerem.

Se até ao momento foram analisados os motivos para o recurso do serviço de urgência, as tabelas seguintes (Tabela 5 à Tabela 8) apresentam os sentimentos dos doentes quando questionados relativamente a vários aspectos relacionados com o serviço de urgência, imediatamente após a chegada ao SU e antes de serem atendidos por um médico.

A Tabela 5 apresenta a percepção do doente relativamente à abordagem/atendimento aquando da entrada no SU.

Tabela 5: *Abordagem/ atendimento aquando da entrada no SU (N=282)*

Quando chegou às urgências:	Utentes	
	N	%
Foi logo atendido(a) por um médico ou enfermeiro que pediu que aguardasse a sua vez	64	22,7
Foi logo observado(a) por um médico e/ou enfermeiro	51	18,1
Foi logo tratado(a)	20	7,1
Teve de esperar a sua vez	147	52,1
Total	282	100,0

Quando alguém recorre ao SU do Hospital de Bragança, salvo situações emergentes, é, em primeiro lugar, atendido por um enfermeiro. Após observação/auscultação das queixas do doente o enfermeiro segue o fluxograma da Triagem de Manchester atribuído ao doente uma prioridade de atendimento. Algumas situações específicas, que careçam de tratamento imediato, são habitualmente encaminhadas para o médico ou enfermeiro responsável. Face ao exposto podem enquadrar-se os valores observados no funcionamento normal do SU de Bragança. Verifica-se que 7,1% dos doentes foram tratados de imediato, 18,1% foram atendidos por médico e/ou enfermeiro e os restantes (74,8%) aguardaram a sua vez para serem atendidos.

A Triagem de Manchester atribui prioridades de atendimento segundo um fluxograma de sintomatologia reportada pelo doente, ou seja, na prática, pode alguém chegar antes e ser atendido depois de alguém que chegue posteriormente, se os sintomas que reporta se considerem menos urgentes. Deve-se, no entanto, acrescentar que uma coisa é a prioridade que o sistema atribui à pessoa, outra é o facto de, habitualmente, cada um pensar que a sua situação é também prioritária. A Tabela 6 apresenta o cruzamento entre o tempo que cada um acha que deveria esperar até ser observado/tratado e o tempo que passa até tal acontecer. De recordar que, tal como foi observado na discussão teórica apresentada no Capítulo I, este é um dos principais pontos de defraudar de expectativas e, assim, geradores de insatisfação, nos doentes. O tempo de espera é uma das condicionantes mais importantes para a satisfação do doente com o atendimento global da urgência.

Tabela 6: *Relação entre o tempo que o doente acha que devia esperar e o tempo que esperou até ser atendido por um médico (N=282)*

Face à sua situação, quanto tempo achou que podia esperar até ser visto(a) por um Médico?	Quanto tempo passou até começar a ser observado(a) e/ou tratado(a)?							Total
	Logo que cheguei	Menos de 30 min	30 min a 1 hora	1 a 2 horas	2 a 3 horas	3 a 4 horas	Mais de 4 horas	
Achei que devia ser visto(a) imediatamente	12,1	6,0	4,6	3,2	0,0	0,4	0,0	26,2
Achei que podia ser visto(a) no prazo de 30 min	3,9	14,2	14,9	5,0	2,8	2,5	0,4	43,6
Achei que podia ser visto(a) no prazo de 1 hora	0,7	4,6	8,9	6,7	0,7	0,4	0,4	22,3
Achei que podia ser visto(a) no prazo de 2 horas	0,0	0,4	0,7	1,8	1,1	0,0	0,0	3,9
Achei que podia esperar mais de 2 horas	0,0	0,7	1,4	0,7	0,7	0,0	0,0	3,5
Achei que podia esperar mais de 3 horas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4
Total	16,7	25,9	30,5	17,4	5,3	3,2	1,1	100,0

Observa-se que, independentemente da situação, a esmagadora maioria dos doentes não toleram estar à espera mais de 1 hora, mesmo aqueles que simplesmente vão procurar receitas (ou seja não estão doentes). Verifica-se que para a maioria dos inquiridos estes deveriam ter sido vistos no prazo de 30 minutos. Globalmente, embora os tempos de espera não tenham coincidido com a vontade inicial do doente, verifica-se que, tendencialmente, aqueles que acharam que poderiam esperar mais tempo a serem vistos foram normalmente aqueles que mais demoraram a ser vistos. Em consonância verifica-se também o inverso, ou seja, aqueles que acham que deveriam ser vistos imediatamente, ou passado pouco tempo de chegarem, foram normalmente observados mais cedo.

A informação acerca do tempo e da razão da espera é normalmente visto pelo doente como um aspecto positivo, diminuindo, normalmente, a ansiedade relativamente ao incerto. A Tabela 7, apresenta os resultados relativos à percepção dos inquiridos sobre a informação que lhes foi prestada para explicar possíveis demoras no atendimento tendo em consideração o sentimento de que se esperou demasiado tempo.

Tabela 7: *Informação sobre o tempo de espera previsto para atendimento considerando o sentimento de que se esperou demasiado tempo (N=282)*

Havia informação das possíveis demoras no atendimento?	Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?				Total
	Sim	Não, mas gostaria de ter sabido alguma coisa	Não, mas compreendi as razões	Não esperei muito tempo	
Não	2,8	22,7	16,0	16,0	57,4
Sim	5,3	2,1	5,7	10,3	23,4
Não sei	2,8	4,3	1,4	10,6	19,1
Total	11,0	29,1	23,0	36,9	100,0

Apenas 23,4% da mostra mencionou existir informação acerca das possíveis demoras no atendimento na altura em que esteve no SU. A maioria (57,4%) refere não ter tido acesso a tal informação. Os restantes 19,1% ou não prestou atenção ou não sentiu necessidade dessa informação. De realçar que 36,9% da amostra respondeu que não teve de esperar muito tempo para ser atendido. Atendendo à teoria e à informação contida na Tabela 6 e que, normalmente, as pessoas consideram que deveriam ser logo atendidas, o número de doentes que aqui refere não ter esperado muito tempo deve ser considerado positivo. Foram 89% os que não receberam explicação, mas, ressaltar que, desses 36% na sua perspectiva não esperou

muito tempo, 23% refere que compreendeu as razões da demora mesmo sem explicação, e apenas 29,1% dos respondentes dizem que não lhes foi dada explicação para a demora, mas de avivar que não é esclarecido se essa explicação foi solicitada.

Existem condicionantes que levam as pessoas a tolerarem diferenças entre o que esperavam que acontecesse e o que acontece na realidade, isto é, existe uma tolerância natural, condicionada por imprevistos compreensíveis, que faz com que as pessoas aceitem alterações ao que gostavam que acontecesse. A percepção que cada pessoa tem de um determinado acontecimento influencia a avaliação desse acontecimento. A Tabela seguinte (Tabela 8) mostra qual a percepção dos doentes relativamente ao movimento no SU no dia em que recorreram ao serviço.

Tabela 8: *Percepção do movimento no SU (N=282)*

Percepção do movimento no SU	Utentes	
	N	%
Calmo	91	32,3
Algum movimento	140	49,6
Muito movimento	27	9,6
Não se sabe avaliar	24	8,5
Total	282	100,0

Quase 50% da amostra considera que existia algum movimento no dia que em que recorreu ao SU, cerca de 33% consideram que a urgência estava calma e cerca de 10% refere que lhe pareceu estar muito movimento. Vinte e quatro (24) doentes (8,5%) afirmam não saber avaliar o movimento existente.

As expectativas sobre o tempo de espera são muito importantes, mas o facto de o doente sentir dores, desconforto ou outro sintoma o faça sentir mal, durante o tempo de espera para ser atendido, é importante para a satisfação do doente. Refira-se que as condições físicas do serviço podem contribuir para sentimentos menos positivos. As tabelas seguintes (Tabelas 9-10) apresentam um conjunto de sentimentos que podem ser sentidos durante o período de espera. Na Tabela 9 são apresentados os resultados para os sentimentos sugeridos no questionário e na Tabela 10 apresentam-se os resultados para outros sentimentos especificamente mencionados pelos doentes. Para complementar a apresentação da

informação junta-se a Figura 2, onde se apresentam os sentimentos relatados pelos doentes durante o tempo de espera, por ordem crescente de respostas.

Tabela 9: *Sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico (N=282)*

Sentimentos		Utentes	
		N	%
Calmo(a) e sossegado(a)?	Não	92	32,6
	Sim	169	59,9
	Não sei	21	7,4
Estava a sofrer muito?	Não	154	54,6
	Sim	104	36,9
	Não sei	24	8,5
Sentiu-se quase a desmaiar?	Não	214	75,9
	Sim	45	16,0
	Não sei	23	8,2
Foi incomodado(a) por outros doentes?	Não	232	82,3
	Sim	23	8,2
	Não sei	27	9,6
Sentiu-se muito incomodado(a)?	Não	213	75,5
	Sim	43	15,2
	Não sei	26	9,2
Sentiu muito frio?	Não	227	80,5
	Sim	31	11,0
	Não sei	24	8,5
Sentiu-se esquecido(a)?	Não	198	70,2
	Sim	54	19,1
	Não sei	30	10,6

Tabela 10: *Outros sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico (N=282)*

Outros sentimentos	Utentes	
	N	%
Impaciência	6	2,1
Desrespeito pelo processo de triagem (Favorecimento de amigos)	2	0,7

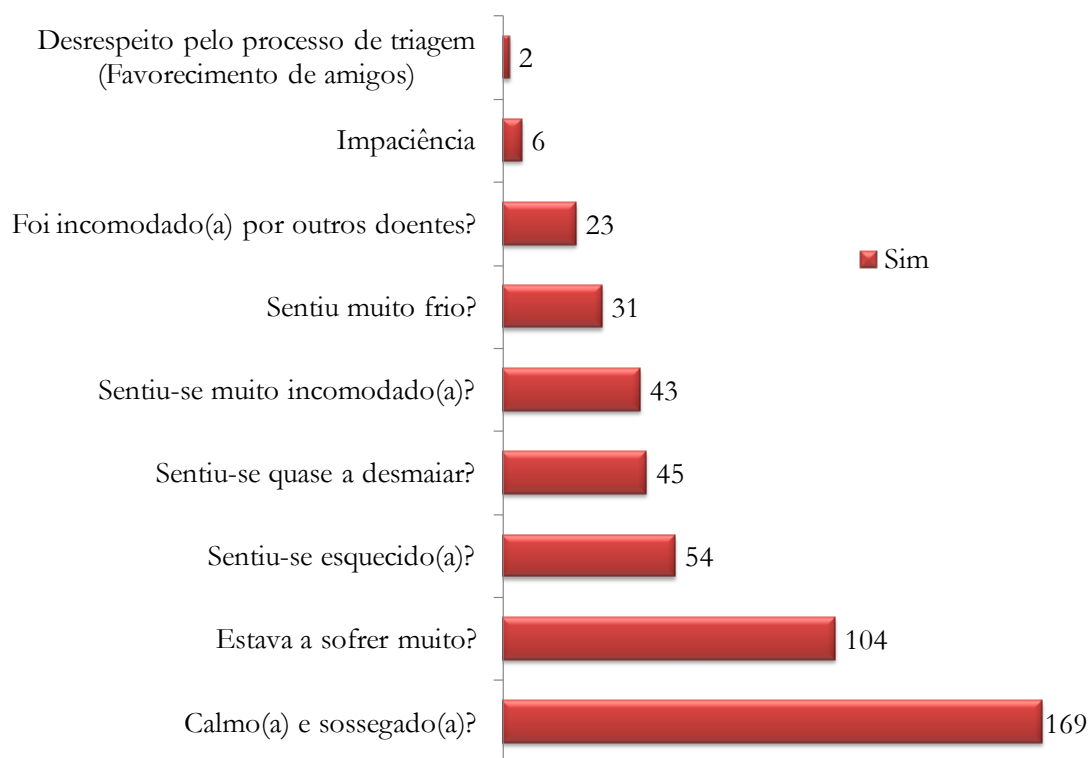


Figura 2. Sentimentos do doente enquanto aguardava atendimento médico, por ordem crescente (N=282)

Em termos gerais, os sentimentos propostos apresentados na tabela 9, obtiveram respostas positivas consensuais. Com base nos resultados podemos concluir que os doentes, enquanto esperavam pelo atendimento, se sentiam calmos e sossegados (cerca de 60%), mais de metade (54,6%) não sofreu muito durante a espera e 8,5% não soube definir o sofrimento que teve. Apenas 8,2% acha que foi incomodado pelos outros doentes e apenas 11% sentiu frio na sala de espera (embora apenas 19,1% se tenha sentido aquecido). Tendo sido dada hipótese ao inquirido de se expressar livremente, foram apenas mencionados dois sentimentos além dos propostos. Foram eles, a impaciência indicada por 6 pessoas e o facto de, por vezes, haver desrespeito pela chamada após a triagem, indicado por 2 doentes.

Nas tabelas seguintes apresentam a informação recolhida que se relaciona com a percepção do doente quanto à observação realizada pelo médico (Tabela 11 e Figura 3) e relativamente ao encaminhamento que teve após essa observação - medicação, exames, alta clínica, entre outros (Tabela 12 e Figura 4).

Tabela 11: *Percepção do doente relativamente à observação médica (N=282)*

Percepção do utente relativamente à observação médica		Utentes	
		N	%
O médico fez-me uma observação cuidadosa	Não	74	26,2
	Sim	186	66,0
	Não sei	22	7,8
O médico inspirou-me confiança	Não	86	30,5
	Sim	166	58,9
	Não sei	30	10,6
Senti-me bem a falar com o médico	Não	87	30,9
	Sim	170	60,3
	Não sei	25	8,9
O médico explicou-me os resultados da observação	Não	90	31,9
	Sim	181	64,2
	Não sei	11	3,9

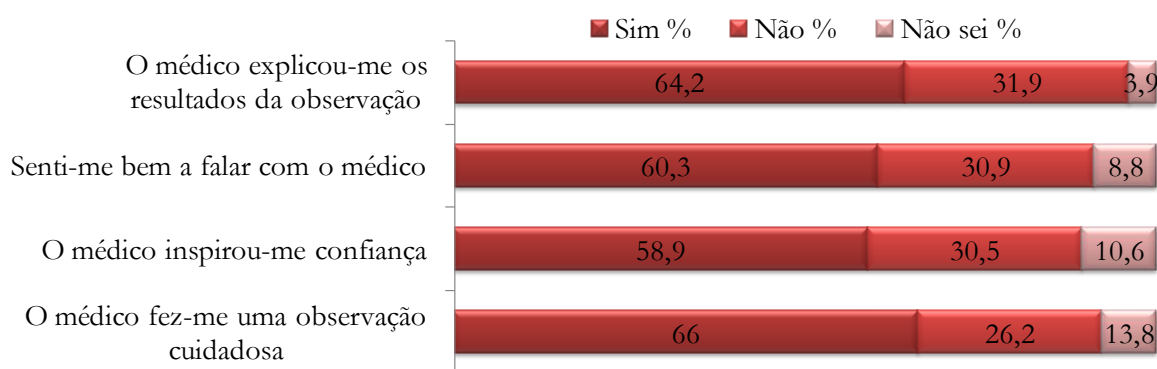


Figura 3. *Percepção do doente relativamente à observação médica (N=282)*

Mais uma vez as respostas pautam por ser, maioritariamente, positivas, isto é, em geral, pode dizer-se que as observações feitas pelos médicos são apreciadas pelos doentes. De referir, no entanto, que aproximadamente 1 em cada 3 inquiridos se mostraram descontentes em relação aos itens propostos.

A Tabela 12 apresenta os acontecimentos “processuais” que, com mais frequência, ocorrem quando se recorre a um serviço de urgência. Resumidamente, ou se tem alta clínica, ou se fica em observação por algumas horas ou se é encaminhado para internamento. No permeio destas três situações existem formas de processamento (tratamento/observação) de acontecimentos que se encontram entre as mais usuais. A Figura 4 apresenta, por ordem crescente, o número de respostas positivas dadas pelos inquiridos.

Tabela 12: *Procedimentos efectuados após observação médica (N=282)*

Procedimentos após observação médica		Utentes	
		N	%
Ficou internado(a) no próprio serviço de urgência?	Não	235	83,3
	Sim	47	16,7
Foi para casa depois de ter sido tratado(a)?	Não	73	25,9
	Sim	209	74,1
Foi enviado(a) para a consulta externa?	Não	248	87,9
	Sim	34	12,1
Foi enviado(a) para o médico de família?	Não	220	78,0
	Sim	62	22,0
Foi-lhe indicado outro especialista?	Não	237	84,0
	Sim	45	16,0
Foi-lhe passado um atestado médico?	Não	253	89,7
	Sim	29	10,3
Foi-lhe passada uma receita?	Não	94	33,3
	Sim	188	66,7
Foi-lhe feito um RX, análise ou outros exames?	Não	132	46,8
	Sim	150	53,2
Foi observado(a), mas disseram-lhe para estar atento(a) à evolução do seu estado e voltar às urgências, se necessário?	Não	166	58,9
	Sim	116	41,1

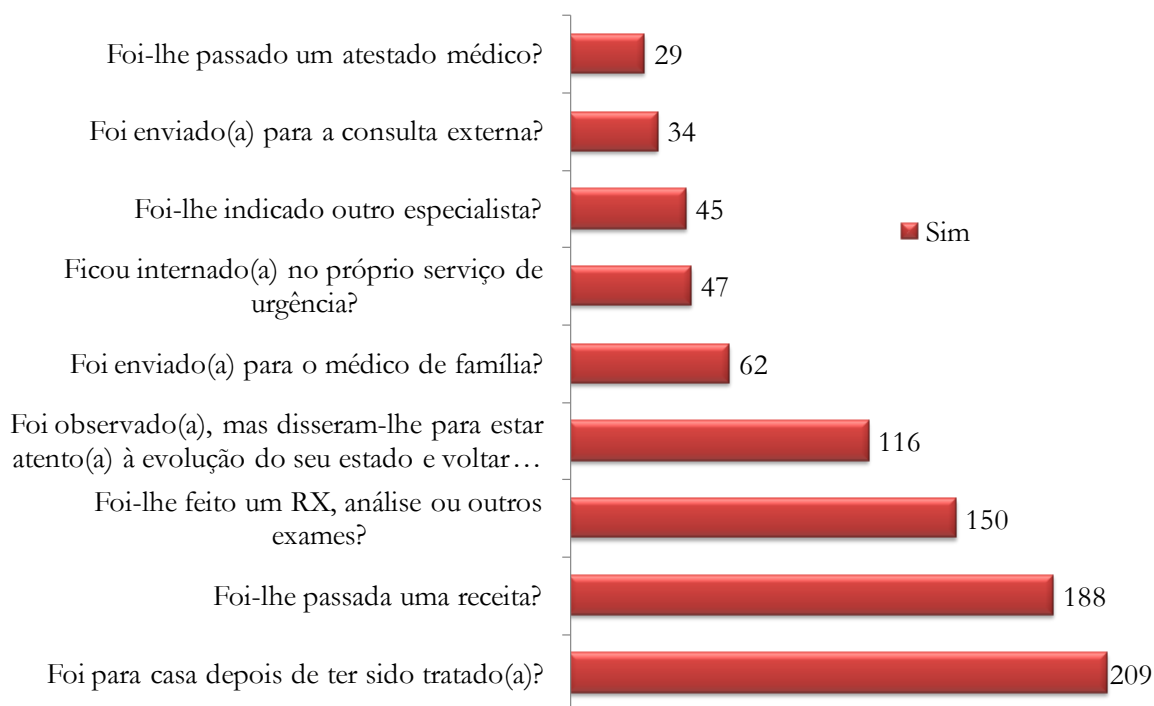


Figura 4. Procedimentos efectuados após observação médica, por ordem crescente (N=282)

Verifica-se que, aproximadamente, 1 em cada 6 doentes fica internado, sendo que não foi nesta questão distinguida a permanência por algumas horas, para observação, relativamente a um internamento superior a 24h. Verifica-se, ainda, que cerca de 12% dos doentes foram enviados para serviços de consulta externa, para serem observados por um especialista e 22% para observação pelo médico de família. A maioria dos doentes sai do SU com uma receita médica (66,7%) e a mais de metade (53,2%) foi solicitado análises ou um RX. Em cada 10 doentes, a mais de 4 foi recomendado para estar atento à evolução do seu estado e regressar caso necessário. Setenta e cinco por cento dos doentes foram enviados para casa após observação.

Relativamente à percepção sobre o tempo que se permaneceu no SU, apresenta-se a Tabela 13.

Tabela 13: *Tempo de permanência no SU (N=282)*

Tempo de Permanência no SU	Utentes	
	N	%
Menos de 1 hora	55	19,5
Entre 1 e 2 horas	102	36,2
Entre 2 e 3 horas	47	16,7
Entre 3 e 4 horas	34	12,1
Entre 4 e 5 horas	21	7,4
Entre 5 e 6 horas	8	2,8
Entre 6 e 7 horas	15	5,3
Total	282	100,0

Os resultados revelam que, desde a admissão no secretariado até à alta clínica, cerca de 72% dos doentes são observados e/ou cuidados em menos de 3 horas. Realce-se que aproximadamente 1 em cada 5 demora menos de 1 hora no SU. Tendo em conta os resultados da tabela 6, que nos apresenta o tempo de demora até ser atendido e as repostas constantes na tabela 12, verifica-se que muito do tempo que se permanece no SU é para se ser tratado, fazer medicação, observação por especialista e/ou aguardar resultados de exames e não a aguardar pela primeira observação. O tempo de permanência no SU varia desde menos de 1 hora até ao intervalo de 6 a 7 horas. A média situa-se próxima das 3 horas.

É possível que, numa ida ao SU, nem todos os desenvolvimentos/acontecimentos sejam do total agrado da pessoa que passa pela experiência. Sendo, por vezes, difícil descrever e apreciar todos os pequenos momentos pelos quais a pessoa passa, existe a tendência a realizar uma avaliação global do episódio. A Tabela 14 mostra os resultados globais da experiência dos inquiridos relativamente à sua ida ao SU do Hospital de Bragança.

Tabela 14: *Satisfação com a sua ida ao SU (N=282)*

Satisfação	Utentes	
	N	%
Não	65	23,0
Sim	217	77,0
Total	282	100,0

Em termos globais, a generalidade da amostra ficou satisfeita com a sua ida ao Serviço de Urgência do Hospital de Bragança. A expressão de satisfação é relatada por 77% dos doentes. É, muitas vezes, afirmado que a melhor publicidade é aquela feita pelos clientes. A Tabela 15 mostra a opinião dos doentes sobre a possibilidade de recomendarem os serviços a outros.

Tabela 15: *Frequência da possibilidade de se recomendarem os SU a outros (N=282)*

Possibilidade de recomendação	Utentes	
	N	%
Não	54	19,1
Sim	228	80,9
Total	282	100,0

A resposta à questão é bastante clara, no sentido de que quase 81% dos doentes recomendaria este SU caso alguém de que gostassem tivesse necessidade.

As Figuras que se seguem dizem respeito às opiniões dadas, de forma livre, relativamente aquilo que, particularmente, satisfaz o doente, aquilo que não gostou no seu episódio de urgência e aquilo que propunha mudar caso o pudesse fazer (Figuras 5 a 7).

Na Figura 5 apresentam-se os resultados para os factos que causaram particular satisfação aos doentes que recorreram ao SU. São apenas apresentados os resultados para o número de respostas dadas, por ordem crescente. Apenas 36 dos doentes mencionaram aspectos que lhes tenham causado um particular agrado. De todos eles sobressai a satisfação com o atendimento dos profissionais que fazem parte do circuito de atendimento da urgência.

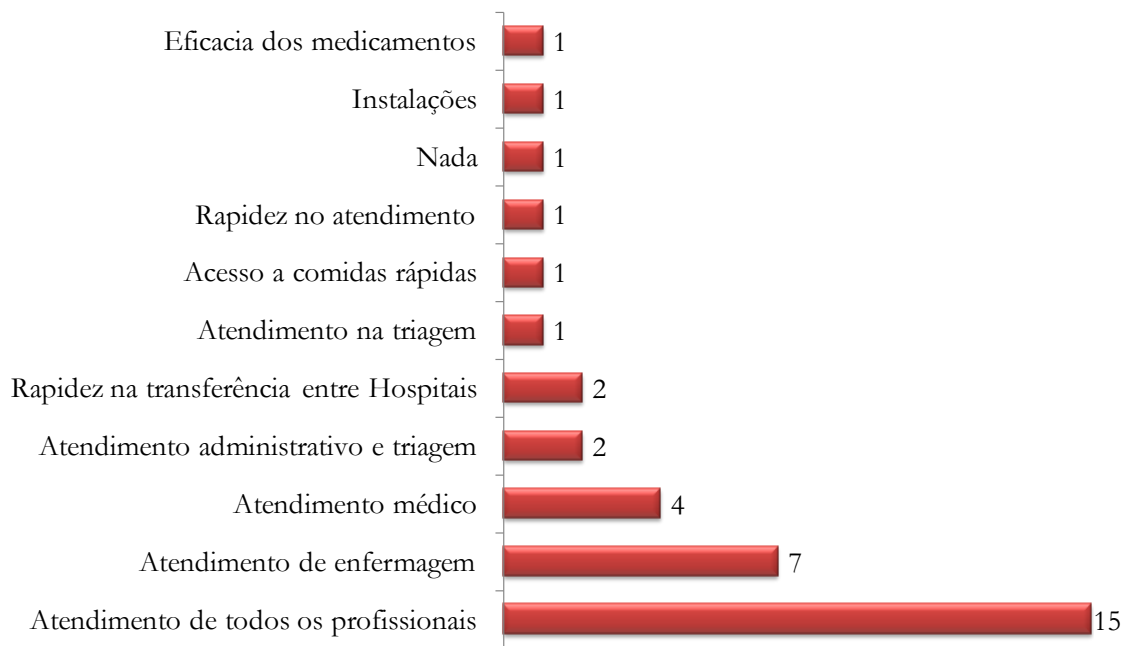


Figura 5. Aspectos que causaram particular satisfação aos doentes (N=282)

Na Figura 6, apresentam-se, também por ordem crescente de número de respostas, os aspectos que os doentes mencionaram como não tendo particularmente gostado.



Figura 6. Aspectos que causaram particular insatisfação aos doentes (N=282)

Quarenta e oito doentes identificaram aspectos que os deixaram, particularmente, insatisfeitos. Entre esses aspectos destacam-se alguns que reuniram um maior número de respostas. O tempo de espera (2,8% da amostra, em geral, e 16,7% dos que responderam à questão) foi o aspecto mencionado, seguido do atendimento médico, da falta de higiene do espaço e do ruído. Tendo em conta a questão do desagrado provocado por alguns aspectos físicos e humanos, foi ainda solicitado que se descrevesse algo que gostariam de ver mudado caso o pudessem fazer. Os resultados encontram-se expressos na Figura 7.



Figura 7. Aspectos que os doentes mudariam no SU, caso pudessem (N=282)

Apenas 45 doentes emitiram opinião. Em geral, o que mudariam vai um pouco de encontro àquilo que menos os agradou e que foi expresso na Figura anterior. Se, em geral, gostaram do atendimento os que manifestaram insatisfação afirmaram que mudariam este aspecto. Outros melhoramentos a realizar seriam a diminuição do tempo de espera e uma melhoria dos espaços dedicados aos doentes (sala de espera, WC e espaço de atendimento pelo médico). A ausência de algumas valências é referida por vários doentes como aspectos a melhorar.

2.3 – Aplicação empírica da metodologia de regressão logística

Nos últimos decénios, verificou-se que os progressos no domínio da investigação de modelos estatísticos e econométricos, criaram condições para que os modelos, criados no âmbito da medicina e da saúde pública (Berkson, 1944) e popularizados no âmbito da epidemiologia, fossem aplicados a áreas do conhecimento com estreitas ligações à saúde, designadamente a economia e gestão da saúde. Os modelos de regressão logística, também conhecidos como modelos logit, constituem um exemplo (Hosmer & Lemeshow, 2000; Cramer, 2003).

Aliás, a aplicação destes modelos, potenciadores de uma análise importante na área da saúde, é citada em muitos manuais de domínios como o da biologia, da medicina ou o da economia da saúde. A título de exemplo, fazem-se figurar neste trabalho a aplicação de modelos de regressão logística a bases de dados biomédicas, levados a cabo por Hosmer e Lemeshow (2000), ou por Kleinbaum e Klein (2010). Acrescentem-se também os exemplos de aplicação concreta à área da economia da saúde, apresentados por Jones e O'Donnell (2002), Jones (2005) e Jones, Rice, d'Uva e Balia (2007).

Face ao exposto, a apresentação metodológica dos modelos de regressão logística, neste trabalho de investigação, segue de perto a exposição dos mesmos pelo conjunto de autores acima mencionados.

2.3.1 - Enquadramento teórico da metodologia

A apresentação do modelo de regressão logística exige desde logo estabelecer a distinção entre o modelo de regressão logística adoptado neste trabalho, e um modelo de regressão linear considerado «normal». Tanto um modelo como o outro visam o mesmo fim, isto é, tendem a encontrar o modelo que melhor descreva a relação causal entre um conjunto de variáveis explicativas (ou independentes) e uma variável que se quer explicar, compreender (dependente). Se neste sentido os dois modelos se podem equiparar, já no que respeita à natureza dicotómica da variável a explicar reside a diferença, no caso do modelo de regressão logística (Hosmer & Lemeshow, 2000).

As variáveis dicotómicas deste modelo, de acordo com a definição divulgada, adquirem o valor um (1) ou zero (0). Tal decorre de um de dois resultados possíveis: atribui-se o valor zero, quando não ocorre o resultado, e um, quando se constata a ocorrência do resultado.

Desta concepção estatística decorreu o desenvolvimento de modelos ajustados à análise das probabilidades de ocorrência de cada um dos resultados possíveis. Estes designam-se como modelos de escolha binária, destacando-se aqui os modelos de regressão logística (vulgo, regressão *logit*), cuja função se prende com a distribuição logística, e modelos *probit*, cuja função se prende com a distribuição normal

A função logística $P(x) = \frac{e^x}{1+e^x}$ é representada graficamente por uma curva em forma de S, crescente e com valores no intervalo $[0,1]$, e encontra-se na base do modelo de regressão logística ao permitir o cálculo do *logit*, entendido como o inverso da função logística. Assim, assumindo-se que \ln representa o logaritmo natural, tem-se:

$$\text{logit}(p) = \ln \frac{p}{1-p} = Z \quad (1)$$

Antes de se apresentar o modelo de regressão logística é de todo conveniente considerar o modelo tradicional de regressão linear simples, caracterizado pela presença de uma variável explicativa:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \varepsilon \quad (2)$$

Em que Y é uma variável dicotómica que assume os valores 1 ($Y = 1$) se o fenómeno, em análise, ocorre e 0 ($Y = 0$), caso contrário, β_0 é o coeficiente do termo constante; β_1 é o coeficiente da variável independente, X_1 , que reflecte a influência da variável explicativa em relação à probabilidade de interesse (geralmente, $p = \text{Prob}(Y = 1)$) e, ε é o termo de erro estocástico.

Ora, ao considerar-se a existência de uma variável dependente binária, a fiabilidade das probabilidades estimadas pelo modelo de regressão linear é colocada em causa, por se lhe associar uma série de problemas. Entre esses problemas encontram-se: (i) os coeficientes do termo de erro são heteroscedásticos, (ii) os coeficientes estimados não possuem uma distribuição normal e, (iii) as probabilidades estimadas podem assumir valores superiores a 1 ou inferiores a 0. Concretamente no que se refere aos dois primeiros problemas, deve ter-se em conta que ainda que ponham em causa dois pressupostos clássicos pertinentes da regressão linear, não interferem no valor e sinal do coeficiente estimado; porém, o terceiro problema é responsável pela criação de uma situação ilógica, em termos teóricos, e, na prática, impossibilita a sua interpretação económica

Estes problemas foram ultrapassados através da introdução do modelo de regressão logística, cuja formulação mais simples é a seguinte:

$$Y = \text{logit}(p) = \ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \varepsilon \quad (3)$$

Sendo $p = \text{Prob}(Y=1)$ e $\frac{p}{1-p}$ o rácio da probabilidade, conhecido na literatura internacional da especialidade, como *odd-ratio*³.

Tendo em consideração o modelo, a probabilidade estimada é dada pelas expressões:

$$p = \frac{e^{\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_1}}{1 + e^{\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_1}} = \frac{1}{1 + e^{-(\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_1)}} \quad (4)$$

onde $\hat{\beta}_0$ e $\hat{\beta}_1$ são os coeficientes estimados pelo modelo de regressão logística.

No caso geral, pode apresentar-se da forma seguinte o modelo de regressão logística múltiplo:

$$Y = \text{logit}(p) = \ln \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon \quad (5)$$

Sendo X_i com $i = 1, 2, \dots, n$ o conjunto de variáveis explicativas incluídas no modelo e β_i com $i = 1, 2, \dots, n$ os coeficientes respectivos. Note-se que, caso alguma(s) das variáveis independentes seja nominal não é correcta a sua introdução no modelo, neste formato. Deve-se, em alternativa, substituir esse tipo de variáveis por variáveis *dummy* (variáveis que tomam o valor 1 ou 0). Os coeficientes estimados fornecem uma estimativa do logaritmo natural do *odd-ratio* ajustado para todas as variáveis incluídas no modelo permitindo a estimação directa deste indicador através de e^{β_i} . A estimação dos coeficientes é realizada através de um método iterativo de máxima verosimilhança que termina quando se verifica uma diminuição significativa da soma dos quadrados dos resíduos.

2.3.2 - Aplicação empírica

O objecto de estudo desta dissertação de mestrado é identificar o perfil do doente que fica satisfeito após recorrer ao SU do hospital de Bragança. A satisfação do doente, em geral, e, em

³ Por não se encontrar em língua portuguesa uma tradução amplamente aceite para esta expressão vai adoptar-se, ao longo do trabalho, a designação corrente na literatura internacional.

casos particulares, corresponde ao que se quer explicar. Tais variáveis, as explicadas, apresentam-se na Tabela 16.

Tabela 16: *Listagem e definição das variáveis dependentes*

Variáveis	Definição
Satisfação geral	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado no geral satisfeito com a ida à urgência e 0, caso contrário
Satisfação com a recepção	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado satisfeito com a recepção no SU e 0, caso contrário
Satisfação com apoio	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado satisfeito com o apoio recebido para a sua doença ou lesão e 0, caso contrário
Satisfação com os cuidados	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado satisfeito com os cuidados que lhe foram prestados no SU e 0, caso contrário
Satisfação com a informação	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado satisfeito com a informação do estado de saúde durante a permanência no SU e 0, caso contrário
Recomendação	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado aconselhe a ida a este SU a amigos e familiares em caso de necessidade e 0, caso contrário

De entre os factores que podem influenciar as variáveis dependentes, acima apresentadas, contam-se factores sócio-demográficos como o género, a idade, situação laboral, dia e hora de chegada ao SU, entre outros. Além deste grupo de variáveis independentes foram ainda considerados outros factores que, pela sua natureza, são agrupados em 3 conjuntos distintos. Seguindo uma ordem natural no processo de ida ao SU (sendo esta também considerada pelos autores do questionário aquando da divisão e organização do mesmo) são ainda consideradas variáveis relacionadas com a chegada ao SU (segundo grupo de variáveis independentes), com a espera no SU antes da observação (terceiro grupo de variáveis independentes) e com a observação médica e resultados da observação (quarto grupo de variáveis independentes). Estes quatro grupos de factores mencionados, constituem o conjunto de variáveis explicativas do modelo e apresentam-se nas Tabelas 17, 18, 19 e 20.

Tabela 17: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis sócio-demográficas*

Variáveis	Definição
Género: Homem	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado pertença ao género masculino e 0, caso contrário
Idade	
Idade 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha entre os 0 e 18 anos e 0, caso contrário
Idade 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha entre os 19 e 59 anos e 0, caso contrário
Idade 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha entre os 60 e 99 anos e 0, caso contrário
Estado civil	
Casado	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado seja casado (com ou sem registo ou união de facto) e 0, caso contrário
Só	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado seja solteiro, viúvo, divorciado ou separado e 0, caso contrário
Situação de trabalho	
Activo	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado trabalhe por conta própria ou de outrem e 0, caso contrário
Inactivo	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado esteja desempregado /reformado/aposentado, viva de rendimentos/estudante e 0, caso contrário
Habilitações	
Escolaridade 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado não saiba ler nem escrever ou tenha até ao 3º ciclo do ensino básico (7º-9º ano) e 0, caso contrário
Escolaridade 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado possua o ensino secundário (10º-12º ano) e 0, caso contrário
Escolaridade 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado possua ensino superior (politécnico ou universitário) e 0, caso contrário
Residência: Bragança	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado resida em Bragança e 0, caso contrário
Dia de ida ao SU	
Segunda	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU segunda-feira e 0, caso contrário
Terça	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU terça-feira e 0, caso contrário
Quarta	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU quarta-feira e 0, caso contrário
Quinta	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU quinta-feira e 0, caso contrário
Sexta	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU sexta-feira e 0, caso contrário
Sábado	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU sábado e 0, caso contrário
Domingo	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU domingo e 0, caso contrário
Hora de chegada ao SU	
Das 8h às 17,59h	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha chegado ao SU entre as 8h e as 17.59h e 0, caso contrário
Das 18h às 23,59h	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha chegado ao SU entre as 18h e as 23.59h e 0, caso contrário
Das 0.0h às 7,59h	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha chegado ao SU entre as 0.0h e as 7.59h e 0, caso contrário

Tabela 18: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com a chegada ao SU*

Variáveis	Definição
Motivo da ida ao SU	
Motivo 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado recorresse ao SU por estar adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras e 0, caso contrário
Motivo 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado recorresse ao SU por estar adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras e 0, caso contrário
Motivo 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado recorresse ao SU por ter adoecido de repente e 0, caso contrário
Motivo 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado recorresse ao SU devido à acidente e 0, caso contrário
Motivo 5	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado recorresse ao SU por outra razão e 0, caso contrário
Consultou alguém antes de recorrer ao SU	
Consultou 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha telefonado ou recorrido a um centro de saúde antes de recorrer ao SU e 0, caso contrário
Consultou 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha telefonado para o S.U. antes de ir lá e 0, caso contrário
Consultou 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha telefonado a um médico ou técnico de saúde ante de recorrer ao SU e 0, caso contrário
Consultou 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido a uma farmácia antes da ida ao SU e 0, caso contrário
Consultou 5	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU por recomendação ou, outra razão e 0, caso contrário
Consultou 6	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido ao SU por iniciativa própria e 0, caso contrário
Foi aconselhado por um serviço de saúde a ir às urgências	
	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ido ao SU aconselhado por um serviço de saúde e 0, caso contrário
Razões para ir ao SU	
Razão 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado esperasse ser internado(a) e 0, caso contrário
Razão 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado esperasse ser observado e ir para casa e 0, caso contrário
Razão 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado pretendesse um atestado médico e 0, caso contrário
Razão 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado pretendesse uma receita médica e 0, caso contrário
Razão 5	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado pretendesse ser observado por um especialista e 0, caso contrário
Razão 6	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado pretendesse ajuda urgente e não tenha pensado em mais nada e 0, caso contrário
Razão 7	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha recorrido a um Centro de Saúde anteriormente e não tenha obtido a resposta desejada (por
Razão 8	Variável que assume o valor 1, caso o problema do indivíduo observado so pudesse ser tratado num hospital e 0, caso contrário
Razão 9	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado apresentasse outra razão e 0, caso contrário

Tabela 18: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com a chegada ao SU (continuação)*

Variáveis	Definição
Tempo doente até ir ao SU	
Doente até 24h	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado estivesse doente até 24h antes de ir ao SU e 0, caso contrário
Doente mais de 24 horas	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado estivesse à mais de uma semana doente antes de ir ao SU e 0, caso contrário
Internamento nos últimos 3 meses	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado estivesse internado nos últimos 3 meses e 0, caso contrário
Outra(s) ida(s) ao SU nos últimos 3 meses	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ido outra(s) vez(es) ao SU nos últimos 3 meses e 0, caso contrário

Tabela 19: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com o SU antes da observação*

Variáveis	Definição
Atendimento à chegada ao SU	
Chegada 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido logo atendido por médico ou enfermeiro e lhe foi pedido que aguardasse e 0, caso contrário
Chegada 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido logo observado por médico ou enfermeiro e 0, caso contrário
Chegada 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido logo tratado e 0, caso contrário
Chegada 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse que esperar a sua vez e 0, caso contrário
Previsão de espera do doente até observação médica face à situação	
Opinião tempo 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse que devia ser visto imediatamente pelo médico e 0, caso contrário
Opinião tempo 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse que podia ser visto no prazo de até 60 minutos pelo médico e 0, caso contrário
Opinião tempo 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse que podia ser visto no prazo de 2 horas ou que podia esperar mais de 2 ou 3 horas e 0, caso contrário
Tempo de espera até ser visto	
Tempo 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse sido atendido imediatamente após chegar ao SU e 0, caso contrário
Tempo 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse sido observado em menos de 60 minutos e 0, caso contrário
Tempo 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse sido observado entre 1 h e após mais de 5 horas e 0, caso contrário

Tabela19: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com o SU antes da observação (continuação)*

Variáveis	Definição
Local de espera	
Sítio 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse aguardado numa sala de espera e 0, caso contrário
Sítio 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse aguardado numa sala de observações e 0, caso contrário
Sítio 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse aguardado numa maca no corredor e 0, caso contrário
Sítio 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tivesse aguardado numa maca na sala de observações e 0, caso contrário
Opinião do tempo que esteve a aguardar	
Espera aceitável	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse aceitável o tempo de espera e 0, caso contrário
Espera longa	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse longo o tempo de espera e 0, caso contrário
Espera muito longa	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado achasse muito longo o tempo de espera e 0, caso contrário
Informação da demora no atendimento:	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado assinalasse que havia informação disponível das possíveis demoras no atendimento e 0, caso contrário
Explicação sobre o tempo de espera	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado refira que lhe foi dada explicação acerca do tempo de demora no atendimento e 0, caso contrário
Opinião sobre o movimento do SU	
Movimento 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado que estava calmo e 0, caso contrário
Movimento 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado que estava algum movimento e 0, caso contrário
Movimento 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado que estava muito movimento e 0, caso contrário
Sentimento durante a espera	
Calmo	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado estar calmo e sossegado e 0, caso contrário
Sufrimento	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado estar a sofrer muito e 0, caso contrário
A desmaiar	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado sentir-se quase a desmaiar e 0, caso contrário
Incomodado	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado sentir-se incomodado e 0, caso contrário
Frio	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado muito frio e 0, caso contrário
Esquecido(a)	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado ter manifestado sentir-se esquecido e 0, caso contrário

Tabela 20: *Listagem e definição das variáveis independentes: variáveis relacionadas com a observação médica e resultados da observação*

Variáveis	Definição
Opinião da observação médica	
Observação 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado a observação médica cuidadosa e 0, caso contrário
Observação 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado que a observação médica lhe inspirou confiança e 0, caso contrário
Observação 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha considerado que se sentiu bem a falar com o médico e 0, caso contrário
Observação 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado diga que o médico lhe explicou os resultados da observação e 0, caso contrário
Resultados da ida ao SU	
Resultado 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha ficado internado no serviço de urgência e 0, caso contrário
Resultado 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha regressado a casa após tratamento e 0, caso contrário
Resultado 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido enviado para seguimento em consulta externa e 0, caso contrário
Resultado 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido encaminhado para o médico de família e 0, caso contrário
Resultado 5	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha sido encaminhado para um especialista e 0, caso contrário
Resultado 6	Variável que assume o valor 1, caso ao indivíduo observado lhe tenha sido passado um atestado médico e 0, caso contrário
Resultado 7	Variável que assume o valor 1, caso ao indivíduo observado lhe tenha sido passada receita e 0, caso contrário
Resultado 8	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha realizado RX, análises ou outros exames e 0, caso contrário
Resultado 9	Variável que assume o valor 1, caso tenha sido dito ao indivíduo observado para estar atento(a) à evolução do seu estado e regressar ao SU se necessário e 0, caso contrário
Tempo de permanência no SU	
Tempo total 1	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha permanecido ao todo no SU menos de 1h e 0, caso contrário
Tempo total 2	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha permanecido ao todo no SU entre 1h a 2h e 0, caso contrário
Tempo total 3	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha permanecido ao todo no SU entre 2h a 3h e 0, caso contrário
Tempo total 4	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado tenha permanecido ao todo no SU entre 4h e 7h e 0, caso contrário
Recuperação	Variável que assume o valor 1, caso o indivíduo observado indique que esta recuperado do motivo que o levou ao SU ou em fase de recuperação e 0, caso contrário
Melhor opção	Variável que assume o valor 1, caso ao indivíduo observado lhe tenha sido dito que procedeu da melhor maneira ao ir ao SU e 0, caso contrário
Informação para reclamar	Variável que assume o valor 1, caso tenha sido fornecida informação ao indivíduo observado caso pretendesse reclamar e 0, caso contrário

Em termos de notação estatística, estas variáveis representam-se por X_1 no modelo de regressão logística múltiplo (equação 5). Na aplicação empírica aqui realizada, serão estimados 5 modelos (Tabela 21) definidos pela variável dependente em análise.

Tabela 21: *Modelos a estimar através da regressão logística*

Modelo	Variável dependente
Modelo 1	Satisfação geral
Modelo 2	Satisfação com a recepção
Modelo 3	Satisfação com apoio
Modelo 4	Satisfação com os cuidados
Modelo 5	Satisfação com a informação
Modelo 6	Recomendação

Se o modelo 1 considera a satisfação do doente, de uma forma geral, os modelos 2 a 5 referem-se, respectivamente, à análise das probabilidades de o doente ficar satisfeito com a recepção no SU, com o apoio recebido, com os cuidados prestados e com a informação que lhe foi fornecida, respectivamente. Estes 4 modelos reportam-se à satisfação com aspectos particulares com a ida ao SU. O modelo 6, analisa a probabilidade (condicionada) do doente aconselhar outros, nomeadamente familiares ou amigos, a recorrer ao SU do Hospital de Bragança em caso de necessidade.

Os modelos repetem-se para três conjuntos distintos de variáveis independentes. O primeiro conjunto de variáveis independentes combina variáveis sócio-demográficas com as variáveis independentes relacionadas com a chegada ao SU. O segundo conjunto de variáveis independentes combina as características sócio-demográficas com as variáveis relacionadas com a experiência dos doentes no SU antes da observação. Por fim, o terceiro grupo de variáveis independentes, combina as variáveis sócio-demográficas com as variáveis que se relacionam com a percepção do doente relativamente à observação médica e respectivo resultado.

Da combinação dos 6 modelos com os três grupos de variáveis independentes, resultam as tabelas que se analisam na secção seguinte.

2.4 – Apresentação e discussão dos resultados

Os valores apresentados nas Tabelas 22, 23 e 24 foram estimados recorrendo ao software de acesso livre GRETL⁴. Em linha estão dispostos os modelos e em coluna as variáveis explicativas. Em cada uma das três tabelas, para além dos coeficientes estimados para cada uma das variáveis explicativas, as três últimas linhas apresentam os resultados para 3 testes à precisão de ajustamento dos modelos: o Pseudo-R² de Mcfadden, o logaritmo de máxima verosimilhança e o número de casos correctamente previstos pelo modelo.

O pseudo-R² de McFadden, que é um indicador sintético de qualidade do ajustamento da estimação similar ao coeficiente de determinação de R² da regressão OLS (Ordinary Least Squares) clássica, é obtido através da seguinte equação (McFadden, 1973):

$$1 - \frac{\ln L_U}{\ln L_R} \quad (6)$$

onde o L_U é o valor do logaritmo de máxima verosimilhança para a regressão não restrita e L_R é o valor do logaritmo de máxima verosimilhança para a regressão restrita, ou seja, o máximo dessa função, sob a restrição de serem nulos todos os coeficientes das variáveis independentes. À semelhança do R², o pseudo-R² assume apenas valores no intervalo (0,1), no entanto, ao contrário de R², o pseudo-R² não tem interpretação intuitiva imediata. Apenas se obtém um valor de pseudo-R² em condições matemáticas muito especiais, pouco compatíveis com explicações económicas. Assim, um valor de pseudo-R² virtualmente igual a 1 seria mais sugestivo de uma má especificação do que um “perfeito ajustamento”. No outro extremo, ter-se-ia um pseudo R² igual a 0, quando fossem nulas todas as componentes do vector de variáveis independentes, excepto a relativa ao termo constante. Nesse caso, nenhuma das variáveis explicativas afectaria a probabilidade de ocorrência do acontecimento em análise. (Wooldridge, 2009). Em resumo, não será de estranhar que os valores apresentados para este indicador sejam muito mais baixos do que aqueles que seriam de esperar por alguém habituado à interpretação económica do indicador R² num modelo OLS tradicional.

Para o logaritmo de máxima verosimilhança, a análise estatística dos modelos de regressão logística é, geralmente, conduzida em termos análogos aos que se conhecem para os modelos de regressão linear OLS. As diferenças são as requeridas pelo carácter probabilístico dos primeiros modelos. Assim, os testes relativos a hipóteses sobre coeficientes individuais foram

⁴ www.gretl.sourceforge.net

conduzidos de forma usual. Um caso particular de uso da razão de verosimilhança que tem particularidade interesse em modelos estimados pelo método da máxima verosimilhança ocorre no teste da hipótese nula que tem alcance análogo ao do teste de significância global da regressão clássica (Wooldridge, 2009). De facto, o logaritmo de máxima verosimilhança constitui um teste estatístico, similar ao teste F para o modelo clássico OLS, servindo para verificar a significância conjunta das variáveis explicativas que formam o modelo. Testa-se a hipótese nula dos coeficientes individuais estimados para as variáveis explicativas serem iguais entre si e a zero contra a hipótese alternativa de apresentarem valores distintos de zero, no seu conjunto, ou seja:

$$\begin{aligned} H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_n = 0 \\ H_1 : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \dots \neq \beta_n \neq 0 \end{aligned} \quad (7)$$

O último elemento de apreciação dos resultados de estimação consiste numa matriz em que se confrontam as previsões do modelo com a repartição efectiva das observações da amostra pelos dois grupos em presença. A matriz referida refere-se aos casos correctamente previstos pelo modelo em termos de probabilidade de ocorrência do fenómeno em análise.

Na Tabela 22 são apresentados os resultados estimados para os 6 modelos tendo em conta a conjugação das variáveis independentes sócio-demográficas e as relacionadas com a chegada ao SU.

Em cada coluna apresenta-se os resultados para os coeficientes estimados e seu nível de significância estatística caso ocorra. Os coeficientes estimados pelo *logit* não possuem interpretação económica directa tal como apresentado na explicação teórica do modelo. Para obter uma interpretação económica do coeficiente este deverá ser exponenciado, obtendo-se o *odd-ratio* (nº de vezes em que a probabilidade de ocorrer o evento é superior à probabilidade de ocorrência do evento de referência). Na generalidade a análise será realizada tendo em conta o seu nível de coeficiente. Um sinal positivo para o coeficiente estimado de uma variável indica que essa variável condiciona positivamente a probabilidade de ocorrência da variável dependente mediadora. Um sinal negativo, indica exactamente o oposto.

Para todos os modelos, com excepção do modelo 6, nenhuma das características sócio-demográfica apresenta significância estatística, isto é, os níveis de satisfação, quer sejam gerais quer sejam relacionados com aspectos particulares do SU, não parecem ser influenciados por estas características, pelo menos em termos estatísticos.

Tabela 22: Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a chegada ao SU

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Género: Homem	0,279	0,517	-0,301	0,500	0,343	-1,246 ***
Idade						
Idade 1	-0,287	-0,598	0,572	0,735	0,439	-0,025
Idade 2	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Idade 3	1,243	-0,324	0,179	-0,503	-0,880	-0,160
Estado civil						
Casado	0,351	0,127	0,215	0,232	0,661 *	-0,086
Só	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Situação de trabalho						
Activo	0,180	0,735	0,497	-0,581	0,255	1,089 **
Inactivo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Habilitações						
Escolaridade 1	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Escolaridade 2	0,141	-0,651	-0,152	0,239	0,443	1,352 ***
Escolaridade 3	0,169	-0,949	-0,838	0,005	-0,407	0,894 **
Residência: Bragança	0,102	0,228	0,059	-0,081	-0,222	-0,546
Dia de ida ao SU						
Segunda	0,019	-1,735	0,551	-0,058	1,148 *	0,423
Terça	-1,467 **	-2,881 **	-1,592 **	-1,831 **	-0,793	-0,610
Quarta	0,754	-2,1649 *	-0,382	-0,454	0,451	-0,170
Quinta	0,374	-2,177 *	0,431	-0,914	0,035	-0,564
Sexta	-1,245 *	-2,136 *	-0,608	-1,459 *	0,041	-0,193
Sábado	0,147	-1,710	0,343	-0,193	0,729	-0,665
Domingo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Hora de chegada ao SU						
Das 8h às 17,59h	-0,340	-0,915	-0,622	-0,692	-1,231 **	0,103
Das 18h às 23,59h	-0,085	-0,901	-0,713	-0,667	-1,425 **	-0,103
Das 0,00h às 7,59h	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Motivo da ida ao SU						
Motivo 1	-1,791 **	-2,512 **	-0,298	0,962	-0,291	-0,092
Motivo 2	-1,126	-2,845 **	0,109	0,782	-0,606	-0,669
Motivo 3	-1,448 *	-1,409	-0,148	0,585	-0,105	-0,308
Motivo 4	-1,813 *	-1,445	-0,795	-0,275	-0,730	-0,334
Motivo 5	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Consultou alguém antes de recorrer ao SU						
Consultou 1	-0,769	0,256	-0,765	0,048	-0,870	1,023
Consultou 2	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Consultou 3	(b)	(b)	(b)	(b)	-0,695	(b)
Consultou 4	1,032	1,300	0,326	1,866	1,147	1,548
Consultou 5	1,472	1,820	2,833 *	2,481 *	1,242	1,762
Consultou 6	0,653	0,660	0,162	1,051	0,032	1,054

Tabela 22: Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a chegada ao SU (continuação)

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Foi aconselhado por um serviço de saúde a ir às urgências	0,522	-0,313	0,029	0,504	0,626	0,115
Razões para ir ao SU						
Razão 1	-0,824	-2,398 **	-1,108	-1,194	-0,181	-0,259
Razão 2	-0,700	-2,056 ***	-1,517 ***	-2,001 ***	-0,853 **	-0,208
Razão 3	0,142	-0,571	-1,955 **	-0,051	-0,423	-0,466
Razão 4	-1,070 **	-0,659	-0,151	-0,356	0,503	0,418
Razão 5	-0,765 *	-0,255	-0,019	-0,488	-0,310	-0,559
Razão 6	0,124	-0,210	-0,289	-0,280	-0,244	0,386
Razão 7	0,103	0,087	0,001	0,029	-0,407	0,131
Razão 8	-0,218	-0,601	-0,311	-0,869 **	-0,561 *	0,056
Razão 9	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Tempo doente até ir ao SU						
Doente até 24h	0,831 **	-1,346 ***	-0,487	-0,156	-0,122	0,553
Doente mais de 24 horas	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Internamento nos últimos 3 meses	-0,388	0,172	0,106	0,132	-0,584	0,315
Outra(s) ida(s) ao SU nos últimos 3 meses	0,033	0,234	-0,089	0,359	0,409	-1,531 **
Constante	3,894**	8,751 ***	4,240 **	3,988 **	2,473 *	-0,453
N	280,000	280,000	280,000	280,000	282,000	280,000
R2 de McFadden	0,210	0,257	0,173	0,207	0,177	0,220
Logaritmo de Máxima Verosimilhança	63,717 **	65,079 **	47,620 *	56,269 **	64,861 **	77,174 ***
Número de casos correctamente previstos (%)	227(81,1%)	243(86,8%)	227(81,1%)	233(83,2%)	203(72,0%)	210(75,0%)

Notas: (a) Variável de referência; (b) Coeficiente não estimado porque a variável independente explica a variável dependente em 100%; ***, ** e * indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

Já o dia da semana em que se recorre ao SU permite explicar as variáveis dependentes. Pode afirmar-se, com um nível de certeza de 95% e 90%, respectivamente, que recorrer à urgência às terças e sextas condiciona negativamente a satisfação geral (modelo 1) do doente quando comparada com a satisfação obtida aos domingos. Por exemplo, o doente que recorra ao SU à segunda-feira apresenta um *odd-ratio* de 0,23 o que significa que, relativamente ao domingo, a probabilidade de ficar satisfeito, em termos gerais, é de apenas 23%. Relativamente à satisfação com a recepção, todos os dias da semana parecem influenciar negativamente a probabilidade de satisfação tendo como comparação (referência) o domingo.

No que respeita ao motivo que levou os indivíduos ao SU, apenas nos modelos 1 e 2 surgem motivos com clara significância estatística. Tendo em conta os resultados apresentados, pode

dizer-se que recorrer ao SU por ficar subitamente doente, ter sofrido um acidente ou sentir-se adoentado já há algum tempo contribui negativamente para a satisfação geral e satisfação com a recepção no SU. Verifica-se, ainda, que, relativamente ao horário da noite (0:00h às 7:59h), os restantes horários exercem uma influência negativa na probabilidade de satisfação, quer geral quer particular, e recomendação. Destaca-se, no entanto, o modelo 5 onde os valores apresentam grande significância estatística. Com 95% de certeza pode-se afirmar que recorrer ao SU entre as 8:00h e as 23:59h condiciona negativamente a satisfação, em geral e em particular. A maior satisfação com a informação, foi obtida no horário da noite. Relativamente à informação, é, então congruente com os resultados de outras pesquisas, em que se averigua que a influência negativa da espera é minorada pela informação e explicação disponibilizada aos doentes (Hall & Press, 1996, p. 530).

No que concerne ao facto dos indivíduos terem consultado alguém antes de recorrerem ao SU, observa-se que, em geral e tendo como referência os doentes que telefonaram para o SU antes de lá irem, aqueles que consultaram outras entidades ou alguém ligado à saúde, apresentam mais probabilidade de ficar satisfeitos. Por exemplo, o doente que recorreu ao SU por recomendação (ou outra razão) apresenta um *odd-ratio* de 17, o que significa que, relativamente aos doentes que antes de recorrerem ao SU telefonaram para lá, têm 17 vezes mais probabilidade de ficar satisfeitos com o apoio recebido no SU. Seguindo o mesmo raciocínio, refira-se que, no que concerne à satisfação com os cuidados, o *odd-ratio* é de 12.

As várias razões que levaram os doentes ao SU parecem, em geral e tendo como referência razões não mencionadas explicitamente no questionário, influenciar negativamente a satisfação, quer geral quer mais específica, bem como a recomendação do SU. Recorrer ao SU porque se espera ser observado e ir para casa, destaca-se como a razão que apresenta valores com elevada significância estatística nos modelos 2 a 5. Relativamente ao tempo que se esteve doente antes de recorrer ao SU, o facto de se terem passado menos de 24h parece influenciar positivamente a satisfação geral e sua recomendação. Øvretveit (1992) afirma que o doente estará satisfeito se, e quando, a sua experiência com o serviço superar as suas expectativas e suposições. As doenças agudas associam-se muitas vezes a tratamentos com efeitos rápidos geradores de maior apazimento, satisfazendo as expectativas em relação aos cuidados.

Para concluir a análise dos resultados, mencione-se a precisão do ajustamento dos modelos. O modelo 1 apresenta um R^2 de McFadden de cerca de 21%, um valor para o logaritmo de verosimilhança estatisticamente significativo a um nível de significância de 5% que indica que, em conjunto, as variáveis formam um bom modelo, e estima correctamente 81% das observações no que concerne à satisfação mencionada pelos doentes. Destes três indicadores

pode concluir-se que é um bom modelo. Os valores encontrados para os três indicadores, para os restantes modelos, permitem chegar à mesma conclusão. Deve, no entanto, referir-se que o modelo que mais casos prevê correctamente é o modelo 2 (cerca de 87% dos casos) e o modelo que menos casos prevê correctamente é o modelo 5 (72% dos casos).

Tabela 23: Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com o SU antes da observação

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Género: Homem	0,928	0,809	-0,364	-0,141	0,259	-1,407 ***
Idade						
Idade 1	-1,509 *	-0,015	-0,016	0,589	1,007	-0,196
Idade 2	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Idade 3	0,327	-2,846 **	-0,730	-1,719 **	-1,714 **	0,169
Estado civil						
Casado	0,306	-0,945	-0,281	-0,112	0,360	0,024
Só	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Situação de trabalho						
Activo	-0,652	0,731	0,163	-1,100	-0,236	0,9146 *
Inactivo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Habilitações						
Escolaridade 1	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Escolaridade 2	-0,711	-1,082	-0,081	0,174	0,065	1,442 ***
Escolaridade 3	0,294	-1,627 **	-0,536	-0,046	-0,779 *	0,935 **
Residência: Bragança	0,907 *	0,531	0,340	-0,015	-0,385	-0,397
Dia de ida ao SU						
Segunda	-0,557	-4,851 ***	0,050	-0,352	1,054	0,283
Terça	-1,317	-5,186 ***	-1,594 **	-1,783 *	-1,038	-0,698
Quarta	-0,866	-4,620 ***	-0,501	0,208	0,132	-0,566
Quinta	0,466	-5,344 ***	0,200	-1,981 **	-0,887	-0,482
Sexta	-1,731 **	-4,790 ***	-0,933	-1,058	-0,282	-0,554
Sábado	0,284	-4,230 **	-0,148	-0,786	0,029	-0,854
Domingo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Hora de chegada ao SU						
Das 8h às 17,59h	0,381	-0,761	-0,214	-0,634	-0,685	0,831
Das 18h às 23,59h	0,462	-0,822	-0,553	-0,981	-0,856	0,692
Das 0,00h às 7,59h	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Atendimento à chegada ao SU						
Chegada 1	-0,049	0,737	0,177	2,140 **	-0,255	-0,077
Chegada 2	0,111	0,568	-0,313	0,042	-0,191	1,574 **
Chegada 3	2,027	0,717	-0,707	1,140	0,108	1,286
Chegada 4	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Tempo previsto pelo doente até observação médica face à situação						
Opinião tempo 1	-1,576 *	0,246	-0,651	-1,445	-0,019	-0,980
Opinião tempo 2	-0,583	0,710	0,326	-0,615	0,741	-1,026
Opinião tempo 3	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)

Tabela 23: Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com o SU antes da observação (continuação)

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Tempo de espera até ser visto						
Tempo 1	0,288	2,580 *	1,096	-0,497	0,383	0,672
Tempo 2	0,692	1,811 **	0,337	-0,034	-0,337	0,495
Tempo 3	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Local de espera						
Sítio 1	-2,436 **	-6,835 ***	-1,886 **	-1,53478	-1,678 *	1,549 **
Sítio 2	-0,822	-2,484	(b)	1,131	-0,863	0,466
Sítio 3	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Sítio 4	-1,437	-8,865 ***	-1,351	-1,500	-2,621 **	0,831
Opinião do tempo que esteve a aguardar						
Espera aceitável	0,922	6,299 ***	1,532 **	1,291 *	1,344 **	-1,028 *
Espera longa	-0,458	2,230 **	0,616	0,259	-0,112	0,633
Espera muito longa	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Informação da demora no atendimento						
Explicação sobre o tempo de espera	-1,639 ***	0,515	-0,510	-0,676	-0,170	0,496
Opinião sobre o movimento do SU						
Movimento 1	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Movimento 2	0,528	1,660 ***	0,431	0,648	0,277	-0,522
Movimento 3	0,502	(b)	1,528	1,057	0,444	0,013
Sentimento durante a espera						
Calmo	0,880 **	-0,779	0,352	0,750	0,883 **	0,347
Sufrimento	0,568	0,117	0,591	0,553	0,191	0,018
A desmaiar	-1,205 **	-0,401	-0,604	0,432	1,044 **	-0,101
Incomodado	-0,775 *	-1,857 **	-0,695	-0,808	-0,771 *	-0,603
Frio	-0,954 *	-0,537	-0,398	-1,662 ***	-0,660	-0,223
Esquecido(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Constante	2,888 *	11,333 ***	2,572	4,872 ***	1,797	-0,672
N	282	255	260	282	282	282
R-quadrado de McFadden	0,325	0,473	0,197	0,315	0,248	0,238
Qui-quadrado(36)	98,854 ***	115,158 ***	52,257 **	85,944 ***	90,696 ***	83,863 ***
Número de casos correctamente previstos	232(82,3%)	229(89,8%)	217(83,5%)	246(87,2%)	217(77,0%)	228(80,9%)

Notas: (a) Variável de referência; (b) Coeficiente não estimado porque a variável independente explica a variável dependente em 100%; ***, ** e * indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

A Tabela 23 apresenta os resultados estimados para os seis modelos tendo em conta a conjugação das variáveis independentes sócio-demográficas e as relacionadas com a percepção dos doentes relativamente ao SU antes da observação médica.

Relativamente à Tabela 22, em que os resultados não apresentavam significância estatística para a idade, na Tabela 23 verifica-se que a idade permite explicar várias das variáveis dependentes em causa. Pode afirmar-se, com um nível de certeza de 95%, que o facto de os doentes terem mais de 60 anos condiciona negativamente a satisfação com a recepção, os cuidados e informação, em comparação com doentes que recorrem ao SU com uma idade compreendida entre os 19 e os 59 anos. Embora sem significado estatístico, ter uma idade superior a 60 anos condiciona positivamente a satisfação geral e a recomendação do SU, ao contrário dos estudo realizado por Pascoe (1983, p. 197) em que constata que os doentes mais idosos e do sexo feminino tenderão, a apresentar níveis de satisfação mais elevados. Contudo, é uma área em que não há consenso. O estado civil e a situação laboral não apresentam significância estatística. No que concerne à escolaridade, verifica-se que o facto de se possuir mais habilitações académicas condiciona positivamente a probabilidade de recomendação do SU a amigos ou familiares.

Os dias da semana parecem condicionar negativamente, tanto a satisfação geral como a que se refere a aspectos mais específicos. A satisfação com a recepção é aquela que mais negativamente é condicionada pelo facto do recurso ao SU se realizar em dias de semana. Exponenciando o resultado obtido para o dia de quinta-feira obtemos um *odd-ratio* de 0,5%, o que significa que recorrer ao SU à quinta-feira representa uma probabilidade de ficar satisfeito com a recepção de apenas 0,5% do que se observa para a probabilidade de se ficar satisfeito quando se recorre ao SU num Domingo. De referir que os valores para os restantes dias são próximos dos verificados para a quinta-feira.

No que se refere à hora de chegada, atendimento à chegada e o tempo previsto pelo doente até ser observado pelo médico face à sua situação não se verifica significância estatística nos resultados. Para a probabilidade de se ficar satisfeito com a recepção pode afirmar-se, com um nível de certeza de 90 e 95%, respectivamente, que ser observado imediatamente após a chegada ou num período de tempo até 1:00h condiciona positivamente a satisfação com a recepção. Com excepção do modelo 4 a tendência mantém-se, embora os coeficientes estimados não apresentem significância estatística. Não será difícil compreender estes resultados, ou seja, ser atendidos de imediato ou num curto espaço de tempo pode transmitir sentimentos de interesse, segurança ou eficiência, causando uma natural satisfação à pessoa. Tal como referido por Coyle (1999, pp. 100-101), que afirma que o tempo de espera nas instalações e a inexistência de respostas conduzem à insatisfação e desconfiança. Relativamente ao modelo 4, satisfação com os cuidados recebidos, os resultados, também sem

significância estatística, parecem indicar que ser atendido de imediato ou até 1h condiciona negativamente a satisfação com os cuidados recebidos.

O local de espera designado por Sitio 1 representa a “habitual” sala geral de espera. Com exceção da probabilidade de recomendação, este facto condiciona negativamente todas as probabilidades relativas à satisfação. Sobressai a probabilidade de satisfação com a recepção, onde se pode afirmar, com 99% de certeza, que aguardar na sala de espera comum condiciona negativamente a satisfação. O *odd-ratio* é de 0,0011 o que, em termos percentuais, significa que existe apenas 0,1% de possibilidades de se ficar satisfeito com a recepção no SU caso se aguarde na sala de espera. Estes resultados são consonantes com a análise descritiva onde se observou muitas referências negativas para com a sala de espera do SU aqui em causa.

O tempo de espera é, habitualmente, um dos grandes responsáveis pelas reclamações no SU já que o doente se alheia das necessidades de outros considerando o seu problema o mais urgente. Neste trabalho, em concreto, observa-se, claramente, que um tempo de espera considerado aceitável pelo doente condiciona positivamente (e com significância estatística) os modelos relacionados com a satisfação. O modelo 2 (satisfação com a recepção) é aquele onde se obtém um resultado positivo mais destacado. Neste modelo o *odd-ratio* relacionado é de 544,02, o que representa uma probabilidade 544 vezes maior de se ficar satisfeito com a recepção no SU sempre que a espera para o atendimento é considerada aceitável.

Verifica-se, com destaque para a probabilidade de se ficar satisfeito em geral, que receber uma explicação sobre o tempo de espera condiciona negativamente a satisfação geral do doente quando comparados com aqueles que não recebem explicação pelo tempo de espera. A percepção de que existe “algum movimento” no SU condiciona positivamente a satisfação com a recepção comparativamente a um movimento que é considerado calmo. Em geral, os sentimentos relatados na sala de espera apresentam relevância explicativa em especial para os modelos 1 e 5. O estar calmo(a) ou em sofrimento, relativamente à variável de referência (esquecido), condiciona de forma positiva as probabilidades analisadas. Os sentimentos de desmaio, incómodo e frio influenciam negativamente as mesmas probabilidades. Pode concluir-se que o mau estar físico tem uma influência negativa na probabilidade de satisfação e/ou recomendação. Tal como descrito na literatura e de acordo com Pelz (1982, p. 580), o estado de saúde antecedente aos cuidados recebidos, influencia a satisfação do doente. O estado psicológico associado à situação clínica, pode afectar a percepção dos cuidados recebidos e condicionar os próprios resultados desses cuidados.

Em termos de precisão de ajustamento dos resultados apresentados na Tabela 23, refira-se que o modelo 2 é o modelo que mais casos prevê correctamente – cerca de 90%. Este modelo apresenta, também, um R^2 de Mc-Fadden de cerca de 33% e um logaritmo de máxima verosimilhança estatisticamente significativo podendo concluir-se por uma boa precisão dos resultados do mesmo. De modo geral os valores são semelhantes para os restantes modelos. O modelo que menos casos prevê correctamente é o modelo 5. Mesmo assim, prevê correctamente mais de $\frac{3}{4}$ dos casos.

Por último, segue-se a tabela onde se observam os resultados estimados para os seis modelos considerando um conjunto das variáveis independentes que combina as variáveis sócio-demográficas e as variáveis relacionadas com a observação médica e resultados obtidos após recurso ao SU (Tabela 24).

Tabela 24: *Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a observação médica e resultados da mesma*

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Género: Homem	0,510	0,745	-0,405	0,421	0,609 *	-1,274 ***
Idade						
Idade 1	-0,453	-0,113	0,343	1,935	0,044	-0,085
Idade 2	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Idade 3	0,956	-0,276	0,443	-0,384	-1,491	-0,013
Estado civil						
Casado	0,724 *	0,047	0,273	0,516	0,583	0,036
Só	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Situação de trabalho						
Activo	-0,838	0,387	-0,238	-1,119	-0,268	1,208 **
Inactivo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Habilitações						
Escolaridade 1	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Escolaridade 2	-1,049 *	-1,640 **	-0,572	-0,027	0,002	0,995 **
Escolaridade 3	0,108	-1,112	-0,394	0,423	-0,602	1,022 **
Residência: Bragança	0,657	0,190	0,651	0,103	0,056	-0,354
Dia de ida ao SU						
Segunda	-0,892	-3,858 ***	-0,976	-1,011	0,715	0,074
Terça	-0,963	-1,917	-1,913 **	-1,992 *	-0,483	-0,592
Quarta	-1,005	-2,143	-1,605	-0,718	0,282	-0,368
Quinta	-0,033	-3,253 **	-0,893	-3,131 ***	-0,545	-0,510
Sexta	-2,147 ***	-3,254 **	-1,807 *	-3,006 ***	-0,339	-0,463
Sábado	-0,296	-2,651 *	-1,028	-1,020	-0,057	-0,914
Domingo	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Hora de chegada ao SU						
Das 8h às 17,59h	-0,210	0,271	0,055	-0,040	-0,705	0,460
Das 18h às 23,59h	0,032	-0,072	-0,604	-0,408	-1,298 **	0,102
Das 0,0h às 7,59h	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)

Tabela 24: Resultados da estimação dos seis modelos propostos tendo como variáveis explicativas as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas com a observação médica e resultados da mesma (continuação)

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Opinião da observação médica						
Observação 1	1,003 **	1,476 **	1,435 ***	1,658 ***	1,035 **	0,319
Observação 2	0,647	-1,097	0,742	1,399 *	1,331 ***	0,272
Observação 3	0,775	2,440 ***	0,977	1,017	0,103	-0,563
Observação 4	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Resultados da ida ao SU						
Resultado 1	0,658	1,191	-1,403 **	-0,742	0,119	-0,357
Resultado 2	0,867	1,172	0,623	0,624	0,254	0,729
Resultado 3	0,020	-0,950	0,397	-0,069	0,066	-0,417
Resultado 4	-0,180	-1,194 *	-0,434	0,812	0,265	-0,383
Resultado 5	-0,501	-0,118	-0,111	-0,715	-0,194	0,109
Resultado 6	-0,441	0,575	1,321	0,842	0,155	-0,120
Resultado 7	0,015	0,130	-0,448	-0,436	-0,304	-0,731 *
Resultado 8	0,609	1,337 **	1,180 ***	1,412 ***	0,536	0,294
Resultado 9	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Tempo de permanência no SU						
Tempo total 1	0,914	2,492 **	0,315	1,431 *	0,610	-0,241
Tempo total 2	1,095 **	0,678	-0,513	0,134	-0,170	-0,041
Tempo total 3	0,029	0,382	-0,127	2,247 **	0,536	-0,854 *
Tempo total 4	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Recuperação	0,884 *	1,382 *	0,885	0,988	0,952 *	-0,912
Melhor opção	1,214 **	3,070 ***	0,460	0,751	0,519	1,487 ***
Informação para reclamar	1,955 *	(b)	1,748	(b)	0,358	-0,201
Constante	-1,882	-0,761	0,104	-0,787	-1,429	0,589
N	282	857	282	257	282	282
R-quadrado de McFadden	0,326	0,415	0,339	0,433	0,265	0,232
Qui-quadrado(36)	99,334 ***	101,584 ***	93,4594 ***	113,343 ***	96,9352 ***	81,567 ***
Número de casos correctamente previstos	236(83,7%)	227(88,3%)	243(86,2%)	220(85,6%)	223 (79,1%)	219 (77,7%)

Notas: (a) Variável de referência; (b) Coeficiente não estimado porque a variável independente explica a variável dependente em 100%; ***, ** e * indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

Inicia-se esta análise destacando-se o facto de o sexo do doente se apresentar como uma variável estatisticamente significativa para explicar a probabilidade do mesmo estar satisfeito ou recomendar o SU, como afirma Pascoe (1983, p. 197) quando refere que as características com maior impacto, são o género e a idade. O facto de se ser homem parece condicionar positivamente a satisfação, em particular a satisfação com a informação prestada no SU, e condiciona negativamente a probabilidade do mesmo recomendar o recurso ao SU a amigos ou familiares.

Também para estes resultados as variáveis sócio-demográficas relacionadas com a escolaridade e o dia da semana são as que apresentam maior força explicativa. Destaca-se a sexta-feira como o dia que mais negativamente condiciona a satisfação, quer geral quer específica. A hora de chegada não parece ter influência robusta quando associada às variáveis independentes relacionadas com questões referentes à avaliação da observação médica e aos resultados.

A opinião acerca da observação médica é talvez a que mais força explicativa exerce sobre as variáveis dependentes. Os valores obtidos para o caso de o indivíduo atendido considerar ter sido observado cuidadosamente, mostram que este tipo de observação médica contribui positivamente para a satisfação após recurso ao SU. Estando de acordo com o estudo de Pascoe (1983, p. 193), cujos doentes demonstraram uma maior satisfação quando os prestadores foram sensíveis e cuidadosos com os seus problemas.

No que se refere aos resultados, destaca-se o poder explicativo do resultado da observação médica que resulta na realização de um RX, análises ou outros exames (resultado 8). A realização de exames analíticos e/ou radiológicos condiciona positivamente cada uma das probabilidades analisadas. Destaca-se o poder explicativo da variável nos modelos 2, 3 e 4. Em termos de *odd-ratio*, verifica-se que, nestes casos, a satisfação com os cuidados é 4,1 vezes superior.

Relativamente ao tempo de permanência, verifica-se que a sua influência varia de forma irregular. Nota-se, no entanto, uma tendência positiva (com algum significado estatístico) quando o indivíduo tende a permanecer ao todo menos de 1:00h no SU. Esta constatação é consistente com o que já se havia verificado anteriormente – o factor tempo parece ser importante para definir o grau de satisfação dos doentes.

O facto de se estar recuperado ou em fase clara de recuperação condiciona positivamente as probabilidades analisadas nos modelos 1, 2 e 5. Em consonância estão também os valores para a variável independente que procura capturar situações em que foi dito ao doente que procedeu da melhor maneira ao ir ao SU. Esta variável condiciona positivamente a satisfação. Destaca-se a influência, com um nível de certeza de 95, 99 e 99% para a satisfação geral, satisfação com a recepção e recomendação do SU, respectivamente.

Os modelos estimados, em paralelo com o mencionado para as Tabelas 22 e 23 apresentam bons resultados para os indicadores relativos à precisão do ajustamento. Os modelos 5 e 6 são os que prevêem menos casos correctos mas com previsões acima dos $\frac{3}{4}$. Nos restantes, os casos correctamente previstos encontram-se acima dos $\frac{4}{5}$ das observações.

CONCLUSÕES

Pelo que foi sendo descrito ao longo deste trabalho, pode dizer-se que a qualidade tem “lugar de destaque” na administração de uma instituição, vivendo-se no século da qualidade. A literacia é cada vez mais elevada e a tecnologia leva até às pessoas acontecimentos que até há pouco tempo passavam despercebidos à maioria (Ribeiro *et al.*, s/d, pp. 1-2). A concorrência nivela preços e serviços, obrigando as corporações a procurar algo que as distinga. Ora, neste contexto, a qualidade do produto converte-se num trunfo e torna-se um assunto que, forçosamente, acaba por marcar presença e influenciar decisões nos diferentes sectores empresariais (Barros, 1998, pp. 2-3).

A área da saúde, nos últimos anos, tem realizado esforços para melhorar a qualidade dos seus cuidados. No entanto, a qualidade pode assumir várias definições e conceitos dependendo a sua apreciação de inúmeros factores, pelo que a sua definição consensual é difícil de concretizar. Vários foram os autores como (Pisco & Biscaia, 2001; Barros, 1999; Ferreira, 1991; Hesbeen, 1988) que procuraram, de inúmeras formas, dar um conteúdo mensurável ao conceito de qualidade através da sua dissecação tendo sido definidas medidas e valores que, posteriormente, pudessem ser descritas e classificadas de modo a chegar a um resultado passível de ser comparado entre instituições, serviços ou actividades. Em simultâneo verifica-

se, no entanto, uma grande incerteza relativamente à opinião do doente. Segundo Ferreira *et al.* (2003, p. iii) para atingir o êxito na governação em saúde o interesse pela opinião das pessoas deverá estar presente. Acresça-se que, actualmente e em muitas circunstâncias, é possível que o doente escolha a entidade ou agentes de saúde para se submeter a um tratamento e cada vez mais pondera as decisões em função da avaliação pessoal que faz dos cuidados prestados pelas diversas instituições.

Face ao exposto justifica-se um trabalho como o agora realizado pois procurou-se identificar um conjunto de variáveis que mais podem contribuir para a satisfação do doente com o atendimento no Serviço de Urgência do Hospital de Bragança. Face a tal identificação, ambiciona-se, que conhecidos os resultados, se procure proceder a modificações que contribuam para a satisfação do doente, sem prejudicar o acto técnico do cuidar.

Para a prossecução do objectivo mencionado foi recolhida informação através de um questionário que aborda essencialmente questões sócio-demográficas e de carácter relacional com os profissionais de saúde e espaço físico. Os temas seleccionados prendem-se com a estrutura, processo e resultados dos cuidados de saúde num processo descrito por Donabedian (1969, p. 1833).

A eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, na óptica do doente, são, por vezes, difíceis de cumprir pois, na percepção de cada um, o seu caso é sempre urgente e merece ser visto de imediato. Quando tal não acontece condiciona-se negativamente a opinião acerca do serviço. Tal pode ser observado nas respostas dadas à questão relativa ao tempo que se acha deveria esperar-se até ser visto/observado por um médico. A opinião fornecida nunca ultrapassou 1 hora. Também a carga psicológica associada à doença e a gravidade real e percebida pelo doente e acompanhante(s) são características que se tornam específicas em cada dia e momento, de acordo com os diferentes profissionais de saúde presentes, interferindo estes, e outros factores, nos resultados e avaliação do serviço. De facto, as influências na satisfação são inúmeras e podem ir desde pormenores como o estado do tempo até sentimentos complexos, como expectativas. Conforme referiram os autores Fitzpatrick (1991) e Santos *et al.* (2008).

No caso concreto da amostra aqui analisada, observou-se que a maioria dos doentes se informa antes de recorrer ao SU podendo as suas expectativas ser fomentadas com esta atitude. Comportamentos como achar que o seu próprio caso só poderia ser tratado no SU ou querer ser observado por um especialista podem dificultar a satisfação quando tal não acontece. A informação e formação das populações pode ajudar a desfazer expectativas que

podem conduzir a insatisfação com os cuidados recebidos. O factor tempo, segundo Vuori (1982, p. 52) e Ware *et al.* (1977, p. 7), a prontidão e amabilidade são outros factores que têm peso considerável na satisfação. Dos resultados obtidos constatou-se que a maioria dos doentes tolera uma espera até 30 minutos, no entanto, confrontando esta tolerância com o tempo que se esperou, efectivamente, a discrepância é considerável podendo chegar, ocasionalmente, até 4:00h. A informação parece também ser algo que os doentes valorizam, no entanto, apenas 11% da amostra refere que lhe foi fornecida uma explicação sem esta ser solicitada.

Como é referido pelos autores (Weiss, 1988; Ware *et al.*, 1978), as condições físicas influenciam a satisfação depreendendo-se que uma boa acomodação conduza a maior satisfação. Quando alguns sentimentos, enquanto se espera pela observação médica, foram apresentados para avaliação, sobressai o facto de que a maioria das respostas é compatível com sentimentos de satisfação (partindo do princípio que as melhores condições ou atitudes são as que mais satisfazem). Por fim, como foi referido, a amabilidade e empatia pelo profissional de saúde são muito importantes na formação de opinião, como mencionado por Rao *et al.* (2000) no contexto teórico, as respostas ao questionário demonstram isso mesmo.

Os resultados da análise descritiva, indo ao encontro daquilo que a literatura relativa à qualidade e satisfação preconizam, não são, no entanto, suficientes para identificar com rigor estatístico o perfil de um doente satisfeito, pois para Newsome e Wright (1999, p. 161) a satisfação do doente é um fenómeno subjectivo e multidimensional. Estes resultados ganharam robustez através da análise econométrica realizada com recurso a modelos de regressão logística (vulgo *logit*). A aplicação empírica da metodologia permitiu identificar as variáveis que concorrem para um acréscimo de satisfação dos doentes e, assim, chamar a atenção para a necessidade da instituição focalizar a sua intervenção nos aspectos identificados.

Ao contrário do que se poderia pensar, considerando a literatura mencionada no capítulo I deste trabalho, algumas das características sócio-demográficas não demonstram ser relevantes na explicação da satisfação. No entanto, outras devem ser referidas dado a sua significância estatística. Os homens são os que menos recomendariam o recurso ao SU a familiares e amigos. Por outro lado, um doente com idade mais avançada parece mostrar-se mais descontente com os cuidados e recepção no SU. Uma maior incapacidade do idoso pode fazer com que se sinta mais debilitado e talvez este facto exija uma maior atenção do serviço de saúde e profissionais. Mencione-se, por fim, que um maior grau de escolaridade condiciona positivamente a recomendação do SU a amigos e familiares. Sem descrédito para a opinião do

grupo de doentes menos escolarizado, é lícito pensar que os mais letrados possuem um conhecimento maior sobre o funcionamento do SU, sendo-lhes mais fácil compreender condicionantes como a triagem de Manchester (que tem por objectivo atribuir prioridades no acesso aos cuidados de acordo com necessidades detectadas), movimento existente, demora no atendimento e dificuldades de relacionamento com os profissionais de saúde.

O dia da semana e a hora escolhida para recorrer ao serviço de urgência são também factores que explicam uma maior ou menor probabilidade do doente se sentir satisfeito. Em relação ao Domingo, todos os restantes dias influenciam negativamente as probabilidades do doente se sentir satisfeito ou recomendar o serviço. Tentar perceber o porquê desta situação seria muito positivo para a instituição em termos de gestão de serviço. Considerando que nada de diferente é realizado ao Domingo, relativamente aos dias de semana, poder-se-ia aumentar a satisfação dos doentes sem que tal conduzisse a mais despesa. Recorrer ao SU durante a noite (das 0:00h às 7:59h) condiciona positivamente a satisfação dos doentes. Este aspecto reforça a ideia de que a disponibilidade do profissional de saúde condiciona, de forma evidente, a satisfação, em geral e com aspectos específicos, com a ida ao SU. Verificado por Boudreaux *et al.* (2000, p. 394), num estudo efectuado, onde evidenciam a disponibilidade, a amabilidade por parte dos profissionais e os tempos de espera apercebidos na influência da satisfação. Por norma os períodos da noite e o dia de Domingo são, geralmente, aqueles onde se verifica menor afluência de doentes, dando mais disponibilidade aos profissionais para despender com cada doente.

Um outro grupo de factores que podem influenciar a satisfação refere-se aos relacionados com os acontecimentos e condicionantes que antecedem a ida ao SU. Estes podem suscitar expectativas, próprias ou por influência de terceiros, que podem ou não vir a ser cumpridas. Verifica-se que o recurso ao SU pelas razões mencionadas no questionário não favorece a satisfação. Ora se muitas das razões abordadas correspondem aos motivos que mais levam os doentes a recorrer ao SU (e, por isso, são razões válidas) muitas outras incluem situações para as quais o SU não é o local indicado para a sua resolução, podendo levar ao defraudar de expectativas que levam à insatisfação com os cuidados recebidos. Como mencionado na literatura, por Hall e Press (1996, pp. 115-116) quando afirmam que muitas das vezes os doentes recorrem ao SU por situações não emergentes, em que o tratamento pode ser efectuado noutra local de saúde.

De facto, as estimações mostram que, caso o resultado da observação não corresponda aquilo que se perspectivava, o doente se decepciona. Se se tentar perceber o porquê verifica-se que, por exemplo, os doentes que recorrem ao SU com menos de 24 horas de evolução da doença

parecem ficar mais insatisfeitos. No mesmo sentido refira-se a constatação de que o facto de ao chegar ao SU e não se ser logo atendido diminui a satisfação com os cuidados prestados. A opinião sobre o tempo a partir do qual se acha que se deveria ser observado revela-se muito importante para a satisfação do doente. Verifica-se que se o doente achar que deve ser logo atendido, mas tal não acontecer, condiciona negativamente a satisfação. Acredita-se que isto equivale a defraudar expectativas.

Os factores estruturais e ambientais foram também mencionados como importantes para explicar a satisfação do doente de um serviço de saúde. Na aplicação empírica aqui apresentada revela que o desconhecimento/cumprimento de regras, revela-se como uma das condicionantes mais importantes da satisfação geral e específica com o SU. Esta constatação alerta para a necessidade da criação de locais de espera acolhedores que suscitem segurança e conforto aos doentes. Na maioria das situações, os doentes deparam-se com salas de atendimento apertadas e desconhecem, tal como os seus familiares, as normas inerentes à triagem como referem Hall e Press (1996, pp. 115-116). De denotar que na análise descritiva, e em reposta aberta, a sala de espera foi um dos aspectos que mais críticas mereceu por parte dos doentes. Em contraste a prestação directa de cuidados não mereceu críticas, mas foi focado o aspecto da relação com os profissionais de saúde indo de encontro aos resultados obtidos com a aplicação do modelo de regressão logística. Apenas as alterações físicas do doente possuem uma influência mais negativa na satisfação que a sensação de esquecimento/abandono nas salas de espera.

Relativamente à observação médica, os resultados mostram que as explicações por parte do médico são menos determinantes para a satisfação do doente nos diferentes modelos que o facto de o doente considerar a observação médica cuidadosa, inspiradora de confiança e ter o à-vontade ao falar com o mesmo. Isto transparece a sobreposição da relação profissional / doente sobre a explicação em si do problema, ou seja, caso as variáveis (observação cuidada, confiança, relação empática) sejam positivas na perspectiva do doente, este passa a confiar ao ponto de a explicação se tornar menos relevante na satisfação do mesmo. A reforçar o descrito, Schwab (2000, p. 500) salienta a capacidade de empatia do prestador para com os doentes, ressaltando factores de índole cultural, escolaridade, importância dada à relação interpessoal, no peso da satisfação com o atendimento no SU.

Os resultados do tratamento/observação, embora revelando uma ou outra tendência para os diferentes modelos estimados, não se mostraram consistentes. A excepção relaciona-se com a realização de exames complementares de diagnóstico. A sua realização influencia positivamente a satisfação. O resultado é compreensível, à luz da literatura (Watt *et al.*, 2005;

Donabedian, 1988). O doente sente que se interessaram por ele ou, pelo menos, sente que o seu problema foi devidamente estudado/investigado. No entanto tendo em conta a necessidade de adequar os gastos às necessidades, é importante então explicar aos que não fazem os exames que estes não são necessários ou não contribuem para a melhoria do seu estado de modo a não defraudar expectativas.

O estudo da satisfação e das suas determinantes são importantes, quando reportadas à gestão de uma instituição. Sendo a satisfação um indicador da qualidade e um elemento fulcral para a avaliação da qualidade, merece destaque numa administração. O parecer dos doentes auxilia o reconhecimento da origem do descontentamento, permitindo à instituição poder abordar a fraqueza do sistema, melhorando os seus serviços, tendo em conta os gastos necessários. Pois quando se trata de relações interpessoais, pode-se alterar condutas e normas sem que isso implique gastos. Contudo quando se trata de infra-estruturas já acarreta gastos económicos, para a instituição, partindo do pressuposto que a instituição se interessa pela qualidade dos cuidados prestados tendo em conta o produto final – Satisfação do doente.

Para finalizar, de referir que o trabalho acusa limitações. Verificou-se pouca disponibilidade por parte dos doentes para o preenchimento do questionário após o seu episódio de urgência. Um maior número de questionários poderia tornar as conclusões estatisticamente mais robustas.

Seria interessante a elaboração de um instrumento de colheita de dados que permitisse pesquisar a influência que a actividade de cada profissional de saúde exerce na satisfação do doente. Podendo assim definir formas de intervenções (relações interpessoais e resposta a necessidades dos doentes) adequadas e específicas a cada grupo profissional. Crê-se que deste modo, sem decoro da actuação técnico-científica, seria possível ir mais de encontro às expectativas do doente para com cada grupo profissional, podendo assim aumentar os níveis de satisfação destes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Emadi, N., Falamarzi, S., Al-Kuwari, M. & Al-Ansari, A. (2009). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services in Qatar. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(9), 1-35.
- Akerman, M. & Nadanovsky, P. (1992). Evaluation of Health Services - What to Evaluate?. *Caderno Saúde Pública*, 8(4), 361-365.
- Alves, M. (2007). *O Serviço de Atendimento Permanente Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Andrade, L., Martins, E., Caetano, J., Soares, E. & Beserra, E. (2009). Humanized care at hospital emergency services according to companions. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11(1), 151-157.
- Barros, C., & Gonçalves, L. (2009). Investigating individual satisfaction in health and fitness training centers. *International Journal of Sport Management and Marketing*, 5(4), 384 - 395.
- Barros, P. (1998). *Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria. Custos e qualidade*. Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Auditório da FIL, Lisboa, Portugal, 1-11.
- Barros, P. (1999). *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde,” Academia das Ciências, Lisboa, Portugal, 1-13.
- Berkson, J. (1944). Application of the Logistic Function to Bio-assay. *Journal of the American Statistical Association*, 9, 357-365.
- Bleich, S., Ozaltin, E. & Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bull World Health Organization*, 87, 271–278.
- Boudreaux, E., Ary, R., Mandry, C. & McCabe, B. (2000). Determinants of Patient Satisfaction In a Large, Municipal (Eds): The Role of Demographic Variables, Visit Characteristics, and Patient Perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 394-400.
- Boyce, N., McNeil, J., Graves, D. & Dunt, D. (1997). *Quality and Outcome Indicators for Acute Health Care Services*. Australia: Australian Government Publishing Service, 1-102.
- Capra, F. (1983). *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture*. New York: Bantam edition.
- Castillo, L., Dougnac, A., Vicente, I., Muñoz, V. & Rojas, V. (2007). Predictors of the level of patient satisfaction in a university hospital. *Revista Médica Chile*, 135, 696-701.

- Clark, A., Georgellis, Y., & Sanfey, P. (2001). The psychological impact of past unemployment. *Economica* (68), 221-241.
- Constanzo, G. & Vertinsky, I. (1975). Measuring the Quality of Health Care: A Decision Oriented Typology. *Medical Care*, 13(5), 417-431.
- Coyle, J. (1999). Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. *Sociology of Health & Illness*, 21(1), 95–123.
- Cramer, J. (2003). The Origins and Development of the Logit Model, Tinbergen Institute [Discussion Paper N° 199/4]. *Faculty of Economics and Econometrics, University of Amsterdam* Amsterdam.
- Cruz, C., & Carvalho, O. (1998). *Qualidade: uma filosofia de gestão* (3ª ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Davies, H., Nutley, S. & Mannion, R. (2000). Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9, 111–119.
- Donabedian, A. (1969). Part II-Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care. Measuring and Evaluating Nursing Care. *A. J. P. H.*, 59(10), 1833-1836.
- Donabedian, A. (1978). The Quality of Medical Care. *Science*, 200(4344), 856-864.
- Donabedian, A. (1980). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *National Association of State Units on Aging*, 1-3.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean?. *AJPH*, 71(4), 409-412.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1986). Quality Assurance in Our Health Care System. *American College of Utilization Review Physicians*, 1(1), 6-12.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(11), 1115-1118.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Donnelly, J., Gibson, J., & Ivancevich, J. (2000). *Administração: princípios de gestão empresarial*. Amadora: McGraw-Hill.

- Duperron, M. (2009). A gestão da qualidade. *Jornal Examine*, 23, 1-4.
- Eiriz, V. & Figueiredo, J. (2004). Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3(4), 20-28.
- Esperidião, M. & Trad, L. (2006). User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Caderno Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.
- Ferreira, L. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93-112.
- Ferreira, P. & Raposo, V. (1999). Mecanismos de voz dos cidadãos utilizadores de serviços de saúde. 1º Congresso da Qualidade, FEUC, 1-4.
- Ferreira, P. & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 285-296.
- Ferreira, P. & Seco, O. (1993). Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37, 159-172.
- Ferreira, P. (1999). A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1-57.
- Ferreira, P. (2007). Participação dos cidadãos em saúde: da retórica à realidade. In M. d. (Org.), *Investir em saúde - Contributos dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal e no sector da Saúde* (43-46). Lisboa: Gabinete de Gestão da Saúde XXI.
- Ferreira, P., & Lourenço, Ó. (2003). Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático 3*, 81-91.
- Ferreira, P., Afonso, P., Raposo, V. & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Instituto do Consumidor.
- Ferreira, P., Heyrman, J. & Hoeck, V. (1997). Some Concepts of Health in Outcome Assessment. In Bentzen, N., Hutchinson, A. & Richardson, C. (Eds), *Health Outcomes Measurement*, Ruinen, The Netherlands, Drukkerij Bariet bv., 27-33.
- Ferreira, P., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P. & Felício, E. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo – Satisfação dos doentes. *Revista portuguesa de saúde pública, volume temático 2*, 53-62.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to theory and Research*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.

- Fitzpatrick, R. & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5(3), 297-311.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ*, 302, 887-889.
- Fitzpatrick, R. (1997). Patient satisfaction. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & McManus, C. (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garvin D. (1988). *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*. New York: Collier Macmillan Canada.
- Grad, F. (2002). Public Health Classics. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981-984.
- 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), 515-532.
- Hesbeen, W. (1998). *La Qualité du soin Infirmier. Penser et Agir dans une Perspective Soignante*. France: Masson Éditeur.
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). USA: John Wiley & Sons.
- Jones, A. & O'Donnell, O. (2002). *Econometric Analysis of Health Data*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Jones, A. (2005). *Applied Econometrics for Health Economists: A practical Guide* (2nd ed.). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Jones, A., Rice, N., Bago D'Uva, T. & Balia, S. (2007). *Applied Health Economics*, United Kingdom: Routledge.
- IoM - Institute of Medicine (1990). A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine*, 322(10), 707-712.
- IoM - Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *Shaping the Future for Health*, 1-8.
- IoM - Institute of Medicine (2002). The IOM Quality Initiative: A Progress Report at Year Six. *Shaping the Future*, 1(1), 1-8.

- Israeli, E., Becker, K., Seixas, M. & Röpke, S. (1996). *Uma Introdução às Normas da Série ISO 9000*. Curso de Graduação em Química no Instituto de Química, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Kitchenham, B. (1989). Software metrics, in: P. Rook (Ed.) *Software Reliability Handbook*. London: Elsevier Applied Science, 373-381.
- Kleinbaum, D. & Klein, M. (2010). *Logistic regression – A Self Learning Text* (3rd ed.). New York: Statistics for Biology and Health, Springer.
- Leme, A., Noronha, G. & Resende, J. (1991). User satisfaction at a university hospital. *Revista Saúde Pública*, 25(1), 41-46.
- Long, J. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. London: Sage.
- Mainz, J. (2004). Quality indicators: essential for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1), il-i2.
- Martin, N. & Ronson, J. (2007). Patient Satisfaction Surveys: Another View. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 8.
- Maxwell, R. (1984). Perspectives in NHS Management. Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288(12), 1470-1472.
- McFadden, D. (1973), Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In Zarembka, P (Ed), *Frontiers in Econometrics*, 105-142.
- Merkel, W. (1984). Physician Perception of Patient Satisfaction. Do Doctors Know Which Patients are Satisfied?. *Medical Care*, 22(5), 453.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Minayo, M. (2005). Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In Minayo, M. S. C., Assis, S. G. & Souza, E. R. (Edits), *Avaliação por Triangulação de Métodos*. Fiocruz, 1-27.
- Newsome, P. & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary - Foreword: Moving Towards a New Public Health. *Health promotion Internacional*, 13(4), 349-364.
- Øvretveit, J. (1992). *Therapy Services. Organization, Management and Autonomy*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

- Palmer, R. (1983). *Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice*. Chicago: American Hospital Association.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Pelz, S. (1982). Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Soc. Sci. Med.*, 16, 577-582.
- Pereira, M., 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, S. (2009). *Qualidade em Saúde: O Papel dos Sistemas de Informação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Avaliação da qualidade. Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- 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.
- Rao, J., Weinberger, M. & Kroenke, K. (2000) Visit-Specific Expectations and Patient-Centered Outcomes. A Literature Review. *Arch Fam Med.*, 9, 1148-1155.
- Ribeiro, N. (2008). *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*. Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar, Universidade Atlântica, Funchal, Portugal.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (s/d). *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Rivera, B. (2001). The effects of public health spending on self assessed health status an ordered probit model. *Applied Economics* (33), 1313-1319.
- Rodrigues, R. (2009). *Satisfação Global Aferida Pelos Pacientes: Uma Aplicação ao Serviço de Urgência Português*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Rooney, A. & Ostenberg, P. (1999). Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade - Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde. *Center for Human Services*, 1-64.
- Santos, D., Seefeld, M. & Scatolin, F. (2008). Indicador de Satisfação como Critério de Qualidade no Atendimento Terciário do Sistema de Saúde da Polícia Militar do Paraná. *Saberes em gestão pública*, 1-23.
- Schwab, R. (2000). Emergency Department Customer Satisfaction: The Point of View Paradox. *Annals of Emergency Medicine*, 35(5), 499-501.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Silva, L. & Formigli, V. (1994). Health Evaluation: Problems and Perspectives. *Caderno Saúde Pública*, 10(1), 80-91.
- Trout, A., Magnusson, A. & Hedges, J. (2000). Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say?. *Academic Emergency Medicine*, 7(6), 695-709.
- Vaitsman, J. & Andradre, G. (2005). Satisfação e Responsividade: Formas De Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10(3), 598-613.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos Doentes Idosos face aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care?. *QRB Qual Rev Bull.*, 13(3), 106-108.
- Vuori, H. (1982). Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. in. WHO Regional Office for Europe (Ed). *Public Health in Europe*. Copenhagen, 16, 1-59.
- Ware Jr., J., Avery, A. & Stewart, A. (1977). *The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: A Review of the Literature*. California: Rand Corporation.
- Watt D., Wertzler W. & Brannan G. (2005). Patient expectations of emergency department care: phase I – a focus group study. *Can J Emerg Med*; 7(1), 12-16.
- Weiss, G. (1988). Patient Satisfaction with Primary Medical Care Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Medical Care*, 26(4), 383-392.
- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A Valid Concept?. *Soc. Sci. Med.*, 38(4), 509-516.

Wooldridge, J. (2009), *Introductory Econometrics – A Modern Approach* (4th Edition). USA: South-Western Cengage Learning.

WHO - World Health Organization (1997). *Monitoring Reproductive Health: Selecting a short list of national and global indicators – WHO Graphics*, 26, 1-52.

Zeithaml, V., Berry, L. & Parasuraman, A. (1993). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1) 1-12.

Zeithaml, V., Bitner, M. (1996). *Services marketing*. New York: McGraw Hill.

ANEXO I
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE.

Na qualidade de aluno do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão em Unidades de Saúde – leccionado pelo Instituto Politécnico de Bragança, no âmbito da APNOR, dirijo-me a sua Ex.^a com o propósito de solicitar permissão para proceder à realização de questionários a doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, desta unidade Hospitalar, e/ou que, posteriormente, são transferidos para os serviços de internamento. Tendo em conta a situação do doente, a falta de privacidade e a dinâmica do serviço de urgência a aplicação de um questionário neste serviço pode não ser possível sendo necessário, então, a aplicação do questionário em serviços para onde os doentes são transferidos de forma a prosseguirem o seu tratamento.

A dissertação versa o tema: “ Que perfis concorrem para uma maior ou menor satisfação do doente que recorre ao Serviço de Urgência.”. Entre outros objectivos procura-se, através da aplicação de modelos de análise econométrica previamente validados, associar a um determinado grau de satisfação um dado perfil de doente. A aplicação de um questionário permitirá obter a informação individual necessária ao desenvolvimento do perfil do doente satisfeito.

Face ao exposto, solicito ainda permissão para o acesso a informação que permita caracterizar de forma global a afluência ao Serviço de Urgência. Nomeadamente informação sobre o número de doentes que recorrem a este serviço e a sua caracterização por género, idade, permanência em regime de internamento entre outras características que considerem pertinentes.

Uma resposta positiva a esta minha solicitação permitir-me-á obter dados estatísticos suficientes para elaborar o trabalho de investigação. No entanto, com o desenrolar do mesmo, poderá vir a ser oportuno a agregação de outros dados. Face a esta eventualidade solicito a sua compreensão para o envio de pedidos de informação posteriores que colocarei à sua deliberação.

O questionário, que pretendo aplicar, é anónimo e de resposta voluntária não existindo qualquer tipo de identificação ou de ligação entre o respondente e os dados recolhidos. Comprometo-me, como profissional desta instituição, a aplicar o questionário em momentos que não perturbem os doentes nem o normal desenvolvimento do trabalho de cada serviço. Comprometo-me ainda a solicitar a prévia autorização do chefe de serviço e dos colegas. Para a recolha das respostas ao inquérito comprometo-me a explicar a cada doente o que se pretende nunca sendo aplicado o inquérito sem autorização formal do doente.

Agradecendo, desde já, toda a atenção que puder ser dispensada à minha solicitação coloco os resultados e conclusões constantes do trabalho de investigação, que me proponho realizar, à disposição da instituição. Fico também à disposição da instituição para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Bragança, 19 de Abril de 2010

(Pedro António Fernandes)

ANEXO II
QUESTIONÁRIO

Prezado participante:

Sou aluno do 2º ano do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, a ser leccionado no Instituto Politécnico de Bragança.

Fazendo parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre a elaboração de uma tese, pretendo dar-lhe cumprimento com a aplicação e análise do presente questionário. Com ele é meu desejo identificar perfis que concorrem para a satisfação do doente que recorre ao serviço de urgência – Aplicação ao CHNE.

Sendo o senhor(a) um(a) utente que recorre ao serviço do CHNE, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Este está dividido por assuntos, de forma a simplificar o seu preenchimento e a facilitar o tratamento e compreensão.

Este questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, respeitando o seu **anonimato**.

O aluno: Pedro Fernandes

QUESTÕES

Este questionário ajuda-nos a perceber como diferentes características individuais, sociais e clínicas dos utentes do serviço de urgência do CHNE, concorrem para o grau de satisfação manifestado. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS. Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver.

A Sua Opinião Sobre o Serviço de Urgências

Para responder a este questionário, por favor pense na sua última ida ao Serviço de Urgências. Responda às seguintes perguntas, assinalando a resposta mais próxima da sua opinião. Se preferir usar as suas próprias palavras, por favor use a última página deste questionário, ou uma folha em separado.

Dia da semana _____ e hora _____.____ h de chegada ao Hospital na sua última ida às urgências

ANTES DA CHEGADA AO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

1- Qual o motivo da sua ida às urgências?

- Doentado/a há vários dias sem sentir melhoras
- Doentado/a há algum tempo, tendo vindo a piorar
- Doeci de repente
- Um acidente
- Uma outra razão

2- Consultou alguém dos Serviços de Saúde antes de ir às urgências?

- Sim, telefonei para um centro de saúde
- Sim, fui a um Centro de Saúde
- Sim, telefonei para as urgências
- Sim, telefonei a um médico ou técnico de saúde
- Sim, fui a uma farmácia
- Sim, outro. Qual? _____
- Não, fui por iniciativa própria
- Não, alguém me recomendou

3- Se consultou alguém de um Serviço de Saúde, foi-lhe dito para Ir às urgências? Sim Não

4- Quais foram as razões que o/a levaram desta vez a ir às urgências?

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X a resposta apropriada.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

Foi às urgências porque:	Sim	Não	Não sei
Esperava ser Internado/a?			
Esperava receber tratamento e depois ir para casa?			
Precisava de um atestado médico?			
Precisava de uma receita médica?			
Queria ser observado(a) por um especialista			
Precisava de ajuda urgente e não pensou em mais nada?			
Já tinha ido ao Centro de Saúde outras vezes, mas não ficou satisfeito(a)?			
O Centro de Saúde não lhe disse para lá voltar caso não se sentisse melhor ou precisasse de mais tratamento?			
Foi difícil marcar uma consulta no Centro de Saúde?			
O Centro de Saúde estava fechado e não sabia a que outro local se dirigir?			
O seu caso só podia ser tratado num hospital?			
Outra razão. Qual? _____			

5-Quanto tempo esteve adoentado(a) ou lesionado(a), antes de ir às urgências?

- Menos de 1 hora
- Entre 1 e 5 horas
- Entre 5 e 24 horas
- Entre 1 e 7 dias
- Mais de 7 dias

6-Foi sozinho(a) às urgência», ou foi mais alguém consigo?

- Fui sozinho(a) ----- . PASSE S.F.F, PARA A PERGUNTA 8
- Foi mais alguém comigo

7-Se foi acompanhado(a) de um familiar ou de outra pessoa, como é que eles foram tratados e informados?

- Muito bem
- Bem
- Razoavelmente
- Mal
- Não pediram qualquer Informação

8 Esteve internado(a) num hospital por qualquer período, durante os últimos 3 meses?

- Não
- Sim, pela mesma doença ou lesão
- Sim, por outra doença ou lesão

9 Esteve nas urgências mais alguma vez durante os últimos 3 meses como doente?

- Não, só esta vez
- Sim, duas vezes ao todo
- Sim, três vezes ou mais

10 Qual o meio de transporte que utilizou quando se deslocou às urgências? _____

NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS ANTES DE TER SIDO OBSERVADO(A)

11--Quando chegou às urgências...

- Foi logo atendido(a) por um medico ou enfermeiro que pediu que aguardasse a sua vez
- Foi logo observado(a) por um médico e/ou enfermeiro
- Foi logo tratado(a)
- Teve de esperar a sua vez

12-Na altura, face à sua situação, quanto tempo achou que ia ter de esperar até ser visto(a) por um médico?

- Achei que devia ser visto(a) imediatamente
- Achei que podia ser visto(a) no prazo de 30 minutos
- Achei que podia ser visto(a) no prazo de 1 hora
- Achei que podia ser visto(a) no prazo de 2 horas
- Achei que podia esperar mais de 2 horas
- Achei que podia esperar mais de 3 horas

13-Quanto tempo passou até começar a ser visto(a) e/ou tratado(a)?

- Imediatamente, logo que cheguei
- Em menos de 30 minutos
- Entre 30 minutos a 1 hora
- Entre 1 a 2 horas
- Após mais de 2 horas
- Após mais de 3 horas
- Após mais de 4 horas
- Após mais de 5 horas

14-Onde esteve à espera, a maior parte do tempo?

- Numa sala de espera
--Na sala de observações
--Numa maca, no corredor
--Numa maca, na sala de observações
--Fui tratado(a) imediatamente

15-O que achou do tempo que teve de estar à espera?

- Não teve que esperar
--Aceitável
--Longo
--Muito longo

16-Havia informação acerca das possíveis demoras no atendimento?

- Sim --Não --Não sei

17-Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?

- Sim, deram-me uma explicação
--Não, não me deram explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa
--Não, não me deram explicação, mas eu próprio(a) compreendi as razões
--Não, não tive que esperar muito tempo

18-Na sua opinião, qual era o movimento das urgências enquanto lá esteve?

- Estava calmo
--Estava algum movimento
--Estava muito movimento
--Não sei avaliar

19-Como se sentiu enquanto esperava pelo médico?

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X a resposta adequada.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não	Não sei
Calmo(a) e sossegado(a)?			
Estava a sofrer muito?			
Sentiu-se quase a desmaiar?			
Foi incomodado(a) por outros doentes?			
Sentiu-se muito incomodado(a)?			
Sentiu muito frio?			
Sentiu-se esquecido(a)?			
Outros comentários			

OBSERVAÇÃO MÉDICA**20- O que pensa sobre a observação que o médico lhe fez?**

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não	Não sei
O médico fez-me uma observação cuidadosa			
O médico inspirou-me confiança			
Senti-me bem a falar com o médico			
O médico explicou-me os resultados da observação que fez			

21- Sabe o nome do médico que o(a) examinou ou tratou? -- Sim --Não

ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

22- Quais foram os resultados da sua ida às urgências?

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não
Ficou internado(a) no próprio serviço de urgência?		
Foi para casa depois de ter sido tratado(a)?		
Foi enviado(a) para a consulta externa?		
Foi enviado(a) para o médico de família?		
Foi-lhe indicado outro especialista?		
Foi-lhe passado um atestado médico?		
Foi-lhe passada uma receita?		
Foi-lhe feito um RX, análise ou outros exames?		
Foi observado(a), mas disseram-lhe para estar atento(a) à evolução do seu estado e voltar às urgências, se necessário?		

23-O que é que o médico lhe disse que tinha? _____

24-Ao todo, quanto tempo esteve nas urgências?

- Menos de 1 hora --Entre 1 e 2 horas --Entre 2 e 3 horas --Entre 3 e 4 horas
--Entre 4 e 5 horas --Entre 5 e 6 horas --Entre 6 e 7 horas

25-Sente que recuperou do acidente ou doença que o(a) levou às urgências?

- Sim, completamente
--Sim, estou a melhorar
--Não, estou quase na mesma
--Não, estou pior

26-Deram-lhe alguma orientação sobre onde devia dirigir-se, caso não se sentisse melhor, ou precisasse de mais algum tratamento?

- Não, mas gostaria de ter sabido
--Sim, ir às urgências
--Sim, ir a um centro de saúde
--Sim, ir às urgências ou a um centro de saúde
--Ir a outro lado, nomeadamente _____

27-Disseram-lhe que procedeu da melhor maneira ao ir às urgências?

- Sim --Foi-me dito que procedi erradamente --Ninguém me disse nada sobre isso

28-Se voltar a acontecer o mesmo, disseram-lhe onde ir ou o que fazer?

- Ir às urgências do mesmo hospital
--Ir às urgências de outro hospital
--Ir ao centro de saúde
--Ir às urgências ou a um centro de saúde
--Esperar um pouco mais da próxima vez antes de ir a qualquer lado
--Não me disseram nada
--Ir a outro lado, nomeadamente _____

29-Foi-lhe dada alguma informação em como reclamar, caso necessitasse? --Sim --Não

SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE URGÊNCIAS

30-No geral, ficou satisfeito(a) COM A IDA À URGÊNCIA? --Sim Não

31-MAIS ESPECIFICAMENTE, ficou satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com o seguinte?

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X a expressão que melhor exprime o seu grau de satisfação. *(Certifique-se que coloca um X em cada Linha)*

	Muito satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito insatisfeito
O modo como foi recebido(a)?					
O apoio que recebeu para a sua doença ou lesão					
Os cuidados Individuais que lhe foram prestados?					
As informações que lhe deram relativamente ao seu estado durante o tempo que esteve nas urgência					

32-Esta questão refere-se às condições das instalações nas urgências.

Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado. *(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

Qual a sua opinião sobre ...	Muito satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito insatisfeito
A possibilidade de fácil acesso a comidas e bebidas ligeiras?					
A possibilidade de utilizar o telefone?					
As condições de limpeza do serviço de urgência?					
O conforto da sala de espera?					
O espaço das urgências no seu conjunto?					
As instalações sanitárias?					
Outros comentários: _____					

33-Em caso de necessidade, recomendaria aos seus familiares ou amigos que viessem às urgências deste Hospital?

--Sim --Não

34-Preocupa-o(a), que pessoas não autorizadas possam obter informação clínica confidencial a seu respeito?

--Sim --Não

Se respondeu SIM, por favor descreva a que tipo de Informação se refere:

O SEU CENTRO DE SAÚDE**35-Sabe onde é o seu Centro de Saúde?**

--Não --Sim

36-Em que dias é que o seu Centro de Saúde está aberto?

--Todos os dias da semana --Apenas nos dias úteis da semana
--Dias úteis da semana e sábado -- Não sei

Se tiver outros comentários a fazer sobre a sua última ida às urgências, por favor escreva-os

51- Fiquei particularmente satisfeito(a) com:

52- Não gostei de ...

53- Se pudesse mudar alguma coisa propunha o seguinte:

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO. POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.