

# Avaliação dos doentes de cuidados primários

## Aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes

PEDRO LOPES FERREIRA\*

### RESUMO

**Objectivo:** Documentar e comparar necessidades e quereres dos doentes relativamente aos cuidados primários nos países europeus e seleccionar indicadores de qualidade de cuidados a serem usados em futuro instrumento de avaliação.

**Tipo de estudo:** Estudo transversal de prioridades dos doentes em relação aos cuidados primários.

**Local:** Centros de Saúde das sub-regiões de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu.

**População:** Utentes de 12 Centros de Saúde com pelo menos 18 anos de idade e capazes de compreender a língua portuguesa sem dificuldade.

**Metodologia:** Inquérito por questionário anónimo. Um total de 290 utentes forneceram-nos as suas prioridades relativamente a 40 aspectos de cuidados, agrupados em cinco capítulos ou domínios de medição: cuidados médico-técnicos, relação médico-doente, informação/apoio, disponibilidade/acessibilidade e organização dos serviços.

**Resultados:** Os respondentes deste estudo são caracterizados por uma maioria de mulheres (63%), com uma média etária de 41 anos ( $\pm 15$  anos), casados (74%) e com um nível de escolaridade superior à média (23% com estudos superiores). Além disso, foi encontrada uma percentagem relativamente alta de doentes com enxaquecas ou outras dores de cabeça crónicas e fortes (26%), hipertensão arterial (17%) e depressão (17%). Apenas 16% afirmaram que o seu estado de saúde era óptimo ou muito bom. Em relação aos vários aspectos de cuidados, os resultados mostram que os doentes dos cuidados primários consideram mais importante as acções preventivas e de aconselhamento, uma relação com o médico caracterizada pelo à vontade do doente para contar os problemas e pela necessidade de sentir que há interesse nele, que pode ser esclarecido sobre tudo o que queira saber, incluindo os objectivos dos exames e tratamentos, e que existe tempo suficiente para ouvir, falar e ser esclarecido. Para além disso, o médico deverá fornecer um serviço rápido em caso de urgência e estar disposto a vigiar regularmente a saúde do doente.

**Conclusões:** Os resultados encontrados representam as prioridades dos utentes dos centros de saúde. Verificou-se que estas prioridades são influenciadas por vários factores incluindo a idade e o nível de escolaridade, o que nos permite explicar alguma variação nos resultados. A utilidade destes resultados pode evidenciar-se em duas vertentes: funcionam como ponto de partida para a interpretação dos resultados dos inquéritos de satisfação e, por outro lado, são um bom indicador para, independentemente da satisfação, avaliar a participação e o envolvimento do cidadão face aos serviços de prestação de cuidados.

### Palavras-chave

Prioridades dos Doentes, Medicina Geral e Familiar, Avaliação da Qualidade

### INTRODUÇÃO

**E**m artigo anterior<sup>1</sup> foi demonstrado o valor e a utilidade dos contributos dos doentes para a melhoria dos cuidados de saúde. De facto, têm aumentado os casos em que as experiências e as perspectivas dos doentes são usadas como indicadores para melhorar os cuidados de saúde prestados, provando-se cada vez mais que a satisfação dos doentes condiciona a opção por serviços diferentes e a qualidade dos próprios serviços<sup>2</sup>. É, por isso, imprescindível o conhecimento de quais os aspectos considerados mais importantes pelos doentes e quais os que estes consideram quase irrelevantes. Deste modo, são essenciais estudos empíricos que, de uma forma válida e fiável, permitam apoiar agentes de decisões individuais ou políticas e otimizar a sensibilidade da prestação de cuidados de saúde às expectativas dos doentes, não obstante haver provas de que doentes, profissionais e autoridades políticas nem sempre concordam em relação ao significado de boa qualidade de cuidados<sup>3</sup>. Ao ignorar as perspectivas dos doentes em relação aos seus cuidados preferidos, estamos a negligenciar ou a esquecer aspectos da prestação de cuidados que são cruciais.

Mesmo nos cuidados primários ainda há muito a fazer. E nesta área, en-

\*Professor Associado  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra

tre nós, existe até legislação que aponta na direcção correcta. Exemplo disto é a Lei de Bases da Saúde que afirma: «... os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si ...» (Base II n.º 1d), sendo «promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços» (Base II n.º 1g). Na sua Base XIV (Estatuto dos doentes) está escrito, nomeadamente no ponto 1c, que os utentes têm direito a «ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito» e, no ponto 1e, «ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado»<sup>4</sup>.

Em recente publicação, o Ministério da Saúde identifica a insatisfação dos doentes como um dos problemas que tem persistido ao longo dos anos<sup>5</sup> e ilustra a sua afirmação com um estudo de opinião sobre os serviços de saúde na União Europeia em 1992, onde Portugal aparece numa posição francamente desfavorável<sup>6</sup>. Na estratégia de saúde para o virar do século defende uma mudança centrada no cidadão, «estimulando a sua participação, num processo em que aos seus direitos serão contrapostas novas responsabilidades». A própria criação e instalação das Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde junto das ARS das várias regiões teve inicialmente como missão materializar esta estratégia através das suas funções, salientando-se a avaliação dos «ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos»<sup>7</sup>.

Uma revisão sistemática da literatura revelou alguns estudos que exploraram aspectos dos cuidados de saúde, mas com difícil comparação entre si. Estes estudos foram realizados, na sua grande maioria, nos Estados Unidos da

América e no Reino Unido e está ainda por demonstrar a capacidade de extrapolação dos seus resultados para outros países com diferentes culturas e sistemas de saúde. Para além disso, mostrou que os doentes são raras vezes envolvidos na selecção e escolha dos indicadores<sup>8</sup>. Podemos assim levantar a questão da universalidade das expectativas e das prioridades dos doentes de cuidados primários: serão estas universais ou, por outro lado, específicas de uma determinada cultura ou de um determinado sistema de saúde?

De facto, os sistemas de saúde e o papel desempenhado pela medicina geral e familiar diferem largamente nos vários países, devido aos diferentes sistemas de financiamento, ao papel de *gate-keeper* dos médicos de família, à continuidade dos cuidados (listas pessoais) e à dimensão das instalações onde os cuidados são prestados (de pequenos consultórios a grandes centros de saúde). Estas diferenças sistémicas e estruturais, juntamente com as diferenças culturais, parecem influenciar as expectativas dos doentes e mesmo a semântica dada ao termo «bons cuidados de saúde». A cultura fornece aos indivíduos procedimentos para lidar com os problemas existentes e uma representação mental da sociedade de que fazem parte.

Foi com estas preocupações em mente que alguns clínicos gerais, sociólogos e investigadores de serviços de saúde de sete países europeus decidiram iniciar um grande estudo internacional das prioridades atribuídas pelos doentes de cuidados primários: quais as prioridades que se assemelham nos vários países e quais as que os distinguem?

Os investigadores são oriundos do norte da Europa (Noruega, Suécia e Dinamarca), da Europa ocidental (Alemanha, Países Baixos e Reino Unido) e do sul da Europa (Portugal) possuindo conhecimento e experiência no campo da investigação sobre a avaliação feita

pelos doentes<sup>8-13</sup>. Além disso, a maioria dos participantes está em contacto permanente com colegas e associações de clínicos gerais e de médicos especialistas e com agentes de decisão política na saúde.

Reuniram-se, pela primeira vez, em Nijmegen para estudar a dependência das avaliações dos doentes em relação aos vários aspectos culturais e aos diversos sistemas de saúde implantados em cada um dos seus países. Um outro objectivo que motivou este encontro foi a oportunidade de uma candidatura ao programa Biomed-2 da União Europeia. Denominado *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* (EuroPEP) este grupo conseguiu, nos finais de 1995, que a sua proposta fosse aprovada por Bruxelas, embora já tivesse começado a sua actividade cerca de um ano antes da referida aprovação<sup>14</sup>.

De uma maneira mais precisa, para este estudo de prioridades foram formuladas as seguintes hipóteses de trabalho:

- Quais os aspectos dos cuidados que têm sido incluídos e quais os métodos de investigação que têm sido usados em estudos sobre prioridades dos doentes relacionados com os cuidados de saúde primários ou com os cuidados de saúde em geral?
- Que aspectos de cuidados têm sido encarados pelos doentes como importantes para a qualidade da prestação dos cuidados primários?

Por prioridades dos doentes, entendemos a importância de aspectos específicos de cuidados, encarados como expectativas normativas na perspectiva de um grupo alargado de doentes<sup>15</sup>. Num estudo qualitativo sobre as prioridades dos doentes<sup>16</sup>, Wensing apresentou uma taxonomia (Quadro I) baseada numa lista holandesa de aspectos de cuidados e numa meta-análise de 57 estudos, na sua maior parte conduzidos nos EUA (29 estudos) ou no Reino

Unido (11); os outros estudos eram da Austrália (6), da Holanda (4), do Canadá (2) e de outros países (5). Em média, estes estudos realizados, quase na sua totalidade, na área da medicina geral e familiar, eram compostos por 65% de mulheres e os respondentes possuíam uma idade média de 50 anos.

Os aspectos que mais vezes apareciam nestes 57 estudos eram o fornecimento de informação, a humanidade e a competência/precisão dos prestadores de cuidados. Em seguida, situavam-se outros aspectos de cuidados médico-técnicos, a resposta aos quereres e às necessidades dos doentes, o

#### QUADRO I

##### TAXONOMIA DE ASPECTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE

DIMENSÃO	ASPECTOS
<b>Disponibilidade e acessibilidade</b>	Tempos de espera para a consulta Flexibilidade dos médicos na consulta Acessibilidade pelo telefone ao médico Acessibilidade física e geográfica ao centro de saúde Acessibilidade financeira dos cuidados
<b>Organização e cooperação</b>	Instalações Continuidade de cuidados Coordenação entre prestadores de cuidados Eficiência dos processos Disponibilidade de serviços especiais
<b>Cuidados médicos</b>	Efectividade Carga para o doente Competência / precisão
<b>Relação e comunicação</b>	Humanidade Pesquisa das necessidades do doente Envolvimento do doente nas decisões Tempo para a prestação dos cuidados Privacidade do doente
<b>Informação e apoio</b>	Informação fornecida ao doente Estímulo para a adesão do doente ao tratamento Apoio emocional Apoio a familiares do doente

seu envolvimento nas decisões, o apoio emocional, a flexibilidade dos médicos na consulta, a acessibilidade física e geográfica, a acessibilidade financeira e custos dos cuidados, a continuidade de cuidados e a disponibilidade de serviços considerados especiais. Os aspectos que apareciam em menos de cinco destes estudos eram a atenção pela privacidade dos doentes, a acessibilidade pelo telefone e a eficiência de processos.

Nas perguntas em aberto também existentes nestes estudos, os doentes davam grande importância a aspectos dos médicos de família como a compreensão, o tratamento individual e a empatia<sup>17-20</sup> ou a aspectos organizacionais como a acessibilidade e a continuidade<sup>21</sup>.

Quando colocados perante um cenário de escolha de um médico de família e perante um pedido de indicação dos critérios para tal escolha, 760 doentes ingleses mencionaram os seguintes aspectos da relação médico-doente: facilidade em falar, atenção pessoal, visão das coisas sob o ponto de vista do doente e actividades preventivas como vacinas e *check ups* regulares<sup>22</sup>. Por outro lado, respondentes idosos ou que avaliavam o seu estado de saúde como fraco consideraram importante uma segunda opinião. Noutros estudos, os doentes consideraram importante que o seu médico os ouvisse, resolvesse os seus problemas e que fossem sempre vistos pelo mesmo médico<sup>3</sup>, colocaram como maior prioridade a manutenção de registos clínicos precisos, a informação a outros prestadores de cuidados, o respeito dos doentes como indivíduos<sup>23</sup>, ou elegeram a confiança no médico como o aspecto mais importante.

Olhando para a literatura produzida na área das prioridades dos cidadãos relativamente aos cuidados de saúde primários é fácil constatar a quase exclusividade da origem norte-americana. Conhecendo a forma como a medicina

geral e familiar é encarada naquele país, é evidente a dificuldade de extrapolação para o nosso país ou mesmo outros países europeus.

Este estudo tem como objectivo documentar e comparar as necessidades e os quereres dos doentes relativamente aos cuidados primários nos países europeus e seleccionar indicadores de qualidade de cuidados a serem usados em futuro instrumento de avaliação.

## MÉTODOS

No mês Junho de 1995 realizou-se um inquérito a 720 doentes de doze centros de saúde da zona centro, através de um questionário escrito de auto-preenchimento. Estes centros foram estratificados de acordo com o tipo de urbanidade da zona abrangida. Apesar de não haver em Portugal uma definição operacional consensualizada para o tipo de urbanidade, adoptámos a classificação em três categorias (rural com menos de 10 mil habitantes, pequenas cidades com até 70 mil habitantes e grandes cidades com mais de 70 mil habitantes). Em cada um destes centros de saúde, um médico de família, seguindo critérios de inclusão explícitos, pediu sequencialmente a 60 doentes que preenchessem o questionário e que o devolvessem no sobrescrito RSF, também fornecido. A amostra final obtida foi de 290 utilizadores, atingindo-se assim uma taxa de respostas de 40%.

Participaram neste estudo transversal, com o apoio da ARS do Centro, dois Centros de Saúde de cada uma das seis sub-regiões: Ovar e Sever do Vouga da sub-região de Aveiro, Belmonte e Castelo Branco da sub-região de Castelo Branco, Montemor-o-Velho e S. Martinho do Bispo da sub-região de Coimbra, Gouveia e Pinhel da sub-região da Guarda, Arnaldo Sampaio e Caldas da Rainha da sub-região de Leiria e Castro

Daire e Lamego da sub-região de Viseu, distribuídos geograficamente conforme se pode ver na Figura 1.



**FIGURA 1** - Distribuição da amostra dos Centros de Saúde

Os critérios de inclusão para os utentes destes Centros de Saúde eram ter pelo menos 18 anos de idade e serem capazes de compreender a língua portuguesa. Devido ao anonimato deste inquérito foi impossível enviar avisos aos não respondentes.

Após uma análise sistemática da literatura produzida no período de 1980 a 1993, da análise dos resultados de alguns estudos qualitativos com grupos focais e entrevistas em profundidade e da discussão havida entre os investigadores dos sete países participantes no EuroPEP, desenvolveu-se um questionário para identificar as perspectivas e as prioridades dos doentes da clínica geral.

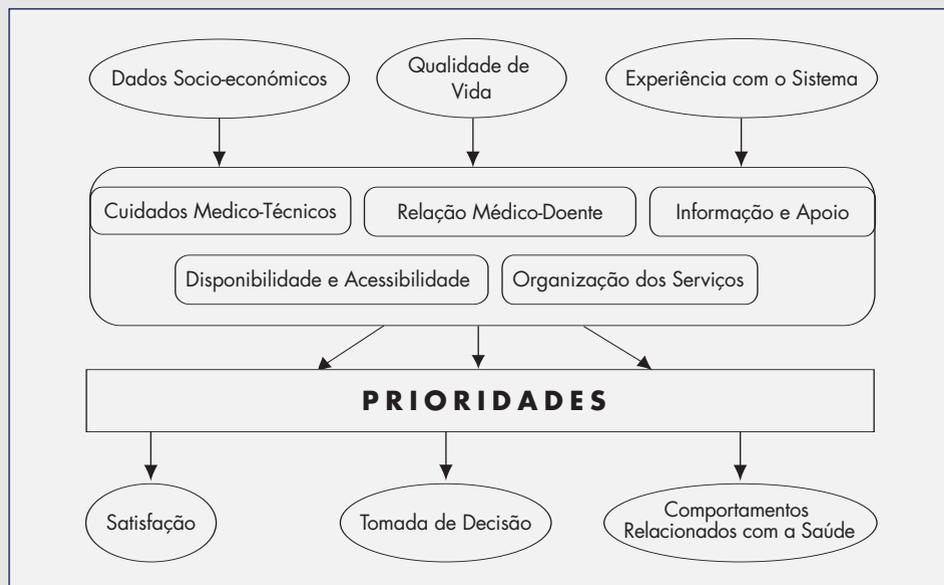
Esta análise sistemática aplicou várias estratégias. De início executou-se uma pesquisa computadorizada na *Medline*, *Psychlit* e *Sociofile*, usando as palavras-chave «doente» ou «consumidor» combinadas com «expectativas», «prioridade» ou «preferência» e combinadas com «cuidados» («cuidados primários» na *Medline*). Após esta pesquisa realizou-se uma outra pesquisa manual em cerca de 30 revistas científicas in-

ternacionais, usando as palavras-chave «satisfação de doentes» e «perspectiva dos doentes». Como resultado foram seleccionados 240 estudos referindo expectativas ou prioridades de doentes relativamente aos cuidados primários ou aos cuidados em geral.

De seguida foi feita uma selecção final usando como critérios de inclusão que a amostra correspondesse a prioridades sobre os cuidados em saúde, directamente perguntadas aos doentes, e que tivessem sido apresentados resultados quantitativos. Excluimos estudos de expectativas específicos de consultas ou que incluíssem populações específicas, como por exemplo, estudantes.

Como resultado de ambas as selecções encontramos 57 estudos e foi criada uma lista com 40 aspectos cobrindo os aspectos considerados importantes da prática da medicina geral e familiar. Estes aspectos distribuem-se por cinco capítulos principais: (1) cuidados médico-técnicos, (2) relação e comunicação médico-doente, (3) informação e apoio aos doentes, (4) disponibilidade e acessibilidade dos serviços e, finalmente, (5) organização dos serviços. Cada um destes capítulos contém oito aspectos. A Figura 2 apresenta, diagramaticamente, o modelo conceptual seguido neste estudo.

Vários métodos diferentes foram também usados para analisar os dados e determinar as ordens relativas das prioridades dos doentes em relação aos cuidados primários. Estes métodos forneceram resultados comparáveis para a maioria dos capítulos e aspectos. O primeiro método baseou-se nos valores de importância, expressos em termos da percentagem de avaliação do item como uma «questão muito importante» ou como «a questão mais importante». O segundo método foi baseado numa soma ponderada dos valores de importância por capítulo (a prioridade número 1 obteve um valor 4, a prioridade número 2 um valor 3, a priori-



**FIGURA 2** - Modelo conceptual para o estudo de prioridades

dade número 3 um valor 2 e a prioridade número 4 um valor 1). O terceiro método usou a ordenação geral, ou seja, a percentagem de respondentes que seleccionaram um item de entre os três mais importantes. Pela análise da literatura nenhum método de obtenção das prioridades dos doentes parece ser melhor do que qualquer outro.

Assim, conforme se pode ver, em parte, no questionário apresentado em Apêndice, foi pedido aos respondentes que:

- pontuassem, em separado, a importância de cada um dos aspectos referentes a uma boa prática clínica; a escala variava entre «questão nada importante» e «a mais importante questão»;
- ordenassem, em termos de importância, os oito aspectos de cada capítulo, identificando o aspecto mais importante, o segundo mais importante, o terceiro e o quarto mais importante;
- seleccionassem, no fim, os três aspectos mais importantes na globalidade.

Por fim, a estes doentes foram pedidos alguns dados como a idade, o sexo, a situação familiar, o número de visitas que, nos últimos seis meses, tinham feito ao médico de família ou ele lhes tinha feito a casa para os ver e aos seus familiares, o número de médicos de família diferentes por que tinham sido vistos nos seis meses anteriores e a percepção do estado funcional de saúde e qualidade de vida<sup>24</sup>.

A versão original do questionário foi concebida, segundo uma abordagem paralela, em inglês, pelos vários membros do EuroPEP. De seguida procedeu-se à sua tradução para português usando a técnica de duas traduções, uma versão intermédia, duas retroversões, uma segunda versão intermédia consensual e testes de compreensão<sup>25</sup>, após o que se procedeu a um teste piloto do questionário com o objectivo de analisar a sua inteligibilidade. Este teste realizou-se em 25 utentes de um centro de saúde.

Com base nos resultados do teste piloto previamente efectuado e após algumas alterações incidindo essencial-



mente na formulação das frases, iniciou-se o estudo com os doze centros de saúde.

Os indicadores da qualidade de vida relacionada com a saúde foram obtidos a partir da versão portuguesa dos *COOP Charts* previamente adaptada por nós.

Em termos estatísticos utilizou-se a estatística descritiva (frequências e medidas de localização e de dispersão) para representar as várias variáveis da amostra e o teste do qui-quadrado para comparar as prioridades dos doentes quando agrupados, usando as variáveis sexo, idade, nível de educação e experiência com o sistema, medida pelo número de visitas ao médico de família nos últimos seis meses.

## RESULTADOS

Como se pode ver pelo Quadro II, as taxas de respostas aos questionários foram aceitáveis, estando os respon-

tivo número de perguntas ou aspectos de difícil resposta. A distribuição das não respostas está apresentada no Quadro III onde, para cada capítulo, se indicam os identificadores dos aspectos que o compõem e os respectivos valores mínimos, máximos e médios.

Os Quadros IV, V e VI apresentam, respectivamente, as características socio-demográficas, clínicas e de qualidade de vida, dos doentes da amostra (n=290).

Como vimos atrás, vários métodos existem para agrupar os valores de prioridades dos doentes e, segundo a literatura existente, nenhum deles pode ser considerado como o melhor indicador. Nas Figuras 3 a 7 são apresentadas as percentagens das importâncias relativas, tendo em conta as somas ponderadas dos valores fornecidos pelos doentes. Vejamos, de seguida, como é que os 40 itens do questionário se distribuíram de entre os de maior importância.

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES POR REGIÃO E POR TIPO DE CENTRO

Questionários enviados	Questionários recebidos	% Respostas	Região		
			Rural	Pequena cidade	Grande cidade
720	290	40%	59%	25%	16%

dentes bem distribuídos entre as zonas urbanas e rurais.

De entre os questionários recebidos, analisámos também as taxas de não respostas a cada pergunta. Obtivemos valores relativamente pequenos que variaram de 4,1% nos capítulos «cuidados médico-técnicos» e «informação e apoio» até ao valor extremo de 10% no capítulo «relação médico-doente», a área mais subjectiva da interacção. Mesmo este último valor nos dá uma certa garantia da inexistência de um signifi-

- **Cuidados médico-técnicos:** De uma maneira geral, o aspecto ao qual foi atribuída maior importância foi o do médico não dever apenas tratar doenças, mas dever também exercer uma acção preventiva e de aconselhamento (aspecto 8). O facto do médico de família dever frequentar cursos regularmente para se manter actualizado sobre as descobertas médicas recentes (aspecto 4) e o de dever avaliar criticamente a utilidade dos medicamentos e da sua pres-

QUADRO III

## PERCENTAGENS DE NÃO-RESPONDENTES

Capítulo	Aspectos	Min — Máx	Média	min	max
				<input type="text"/>  <input type="text"/> média	
Cuidados médico-técnicos	1 — 8	4,1% — 7,6%	5,8%	<input type="text"/>  <input type="text"/>	
Relação médico-doente	9 — 16	5,2% — 10%	6,5%	<input type="text"/>  <input type="text"/>	
Informação e apoio	17 — 24	4,1% — 6,6%	5,4%	<input type="text"/>  <input type="text"/>	
Disponibilidade e acessibilidade	25 — 32	5,2% — 9,0%	6,5%	<input type="text"/>  <input type="text"/>	
Organização dos serviços	33 — 40	4,5% — 7,6%	5,7%	<input type="text"/>  <input type="text"/>	

QUADRO IV

## CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

<b>Sexo</b>		<b>Idade</b>	
Feminino .....	63%	Média ± desvio padrão .....	41 ± 15
Masculino .....	37%	Mínimo — máximo .....	18 — 85
<b>Situação familiar</b>		<b>Grau de escolaridade</b>	
Solteiro .....	20%	Não sabe ler nem escrever .....	1%
Casado .....	74%	Ensino básico .....	26%
Divorciado .....	4%	Ensino secundário .....	29%
Viúvo .....	2%	Ensino médio .....	21%
		Ensino superior .....	23%

crição (aspecto 7) são os dois aspectos que a seguir se apresentam em termos de importância. Em relação a este capítulo foi considerado como menos importante a questão do tratamento prescrito dever permitir ao doente desempenhar as suas tarefas diárias (aspecto 2).

- **Relação médico-doente:** Maior prioridade foi dada à necessidade do médico de família fazer com que o doente se sinta à vontade para lhe contar os seus problemas (aspecto 10). De seguida, os doentes consideraram importante que o médico de família se mostre interessado neles, na sua situação (aspecto 11) e que garanta a confidencialidade da informação

em relação aos seus doentes (aspecto 16). Menos importante foi considerada a exigência dos médicos deverem aceitar que os doentes procurem um outro tratamento (aspecto 13).

- **Informação e apoio:** Os respondentes consideraram como muito importante o médico dizer tudo o que o doente quiser saber sobre a sua doença (aspecto 20) e explicar os objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos (aspecto 17). Além disso, o médico de família deve orientar os doentes para que estes tomem a medicação de forma correcta (aspecto 21). Por fim, os doentes foram quase unânimes em considerar pouco importante a disponibilidade, pelo

**QUADRO V**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

**N.º de visitas a um médico de família (últimos 6 meses)**

Média ± desvio padrão ..... 3,3 ± 2,5

**N.º de médicos de família (últimos 6 meses)**

Apenas o actual ..... 89%  
 Mais um outro médico ..... 8%  
 Mais dois outros médicos ..... 2%  
 Três ou mais outros médicos ..... 1%  
 média ± desvio padrão ..... 1,1 ± 0,5

**Tempo inscrito na lista do seu médico de família (anos)**

Média ± desvio padrão ..... 8,3 ± 4,9

**N.º de vezes que esteve no hospital (últimos 6 meses)**

Média ± desvio padrão ..... 2,6 ± 2,1

**Doenças crónicas (% de doentes)**

Enxaquecas ..... 26%  
 Depressão ..... 17%  
 Hipertensão arterial ..... 17%  
 Doença osteoarticular crónica ..... 10%  
 Coração/ acidente vasculocerebral ..... 8%  
 Asma/outra respiratória crónica ..... 8%  
 Outra doença crónica ..... 8%  
 Diabetes ..... 6%

**QUADRO VI**

**CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE DE VIDA**

**Actividade física capaz de praticar**

Muito violenta (correr depressa) ..... 19%  
 Violenta (correr devagar) ..... 14%  
 Moderada (andar depressa) ..... 36%  
 Leve (andar ao ritmo normal) ..... 26%  
 Muito leve (andar devagar) ..... 5%

**Problemas emocionais**

Nunca ..... 8%  
 Poucas vezes ..... 24%  
 Algumas vezes ..... 46%  
 A maior parte das vezes ..... 15%  
 Sempre ..... 7%

**Dificuldades nas actividades diárias**

Sem dificuldade ..... 31%  
 Pouca dificuldade ..... 23%  
 Alguma dificuldade ..... 33%  
 Muita dificuldade ..... 11%  
 Incapaz ..... 2%

**Actividades sociais**

Nunca ..... 46%  
 Algumas vezes ..... 41%  
 Bastantes vezes ..... 7%  
 A maior parte das vezes ..... 5%  
 Sempre ..... 1%

**Alteração ao estado de saúde**

Muito melhor ..... 7%  
 Um pouco melhor ..... 24%  
 O mesmo ..... 61%  
 Um pouco pior ..... 7%  
 Muito pior ..... 1%

**Saúde em geral**

Ótima ..... 5%  
 Muito boa ..... 11%  
 Boa ..... 34%  
 Razoável ..... 44%  
 Má ..... 6%

médico de família, de informação sobre serviços, organizações ou grupos que forneçam apoio prático ou pessoal e aconselhamento (aspecto 19) e ainda menos importante a informação escrita sobre as horas de con-

sulta e o número de telefone do Centro de Saúde (aspecto 18).

- **Disponibilidade e acessibilidade:** Grande importância foi dada ao tempo suficiente para o médico de família, durante a consulta, ouvir, falar

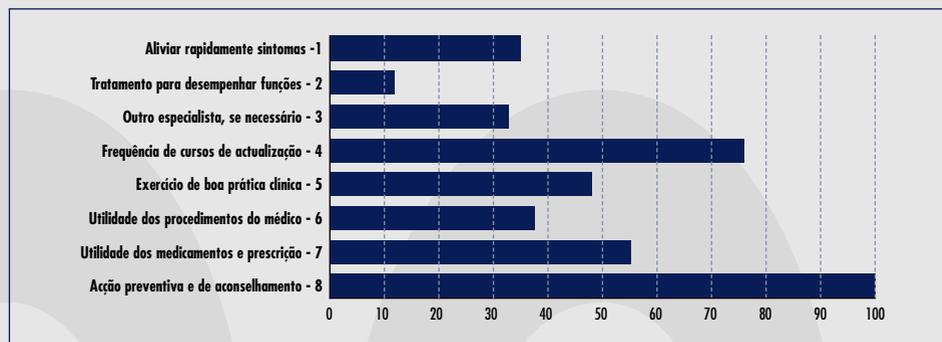


FIGURA 3 - Prioridades em Cuidados Médico-Técnicos

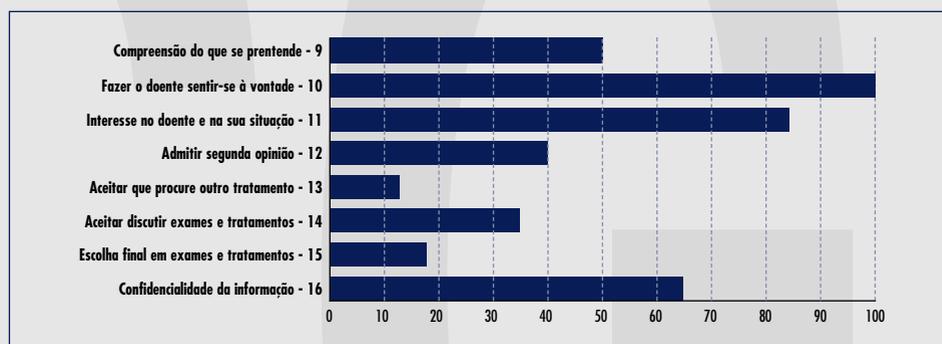


FIGURA 4 - Prioridades em relação Médico-Doente

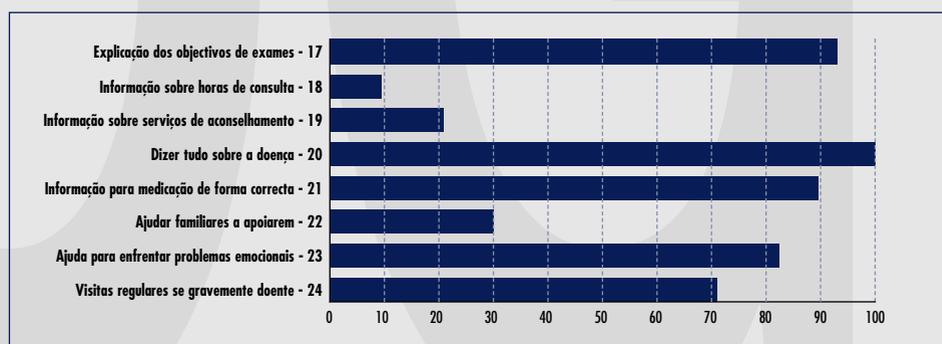


FIGURA 5 - Prioridades em Informação e Apoio

e esclarecer (aspecto 26); seguidamente, o médico deverá ser capaz de providenciar um serviço rápido em caso de urgência (aspecto 27), sendo desejável poder marcar uma consulta com um médico num curto período de tempo (aspecto 25). Ser fácil falar ao telefone com o médico (aspecto 29) ou ter de esperar muito tempo na sala de espera (aspecto 30)

não é considerado muito importante pelos doentes. Foi também considerado pouco importante o facto do médico se dever preocupar com o custo do tratamento médico (aspecto 31).

- **Organização dos serviços:** Os doentes consultados atribuíram maior importância ao facto do médico de família dever estar disposto a vigiar

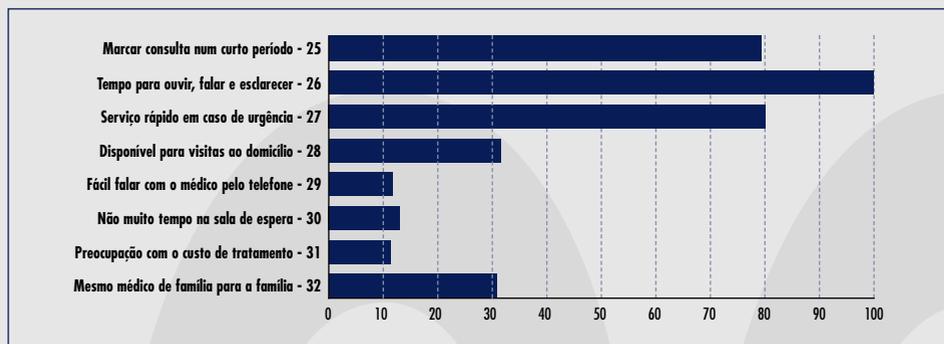


FIGURA 6 - Prioridades em Disponibilidade e Acessibilidade

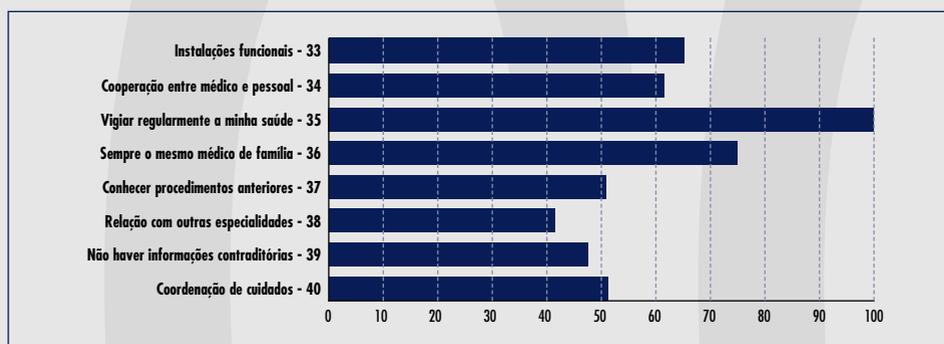


FIGURA 7 - Prioridades em Organização dos Serviços

regularmente a saúde dos seus doentes (aspecto 35), à possibilidade de consultar sempre o mesmo médico (aspecto 36) e à existência de instalações funcionais (aspecto 33). Pouca importância foi dada à relação do doente com outras especialidades (aspecto 38) e à situação de vários profissionais de saúde darem informações contraditórias (aspecto 39). A falta de coordenação dos cuidados (aspecto 40) foi considerada como um aspecto com uma importância um pouco abaixo da média.

### DISCUSSÃO

As prioridades dos doentes são padrões subjectivos de uma boa qualidade de cuidados e a satisfação dos doentes é um resultado importante da prestação dos cuidados e influencia o

comportamento relacionado com a saúde.

Os doentes pontuaram a maioria dos 40 aspectos da medicina geral e familiar como importantes, o que não é de estranhar pois estes aspectos foram seleccionados com base na sua relevância para os doentes. No entanto, quando forçados a escolher, valorizam alguns aspectos mais do que outros. Isto dá-nos alguma garantia da validade dos nossos procedimentos.

Por outro lado, é de esperar que as prioridades dos doentes sejam influenciadas por vários factores estruturais (culturas nacionais e locais, organização e qualidade de cuidados) assim como pelas características dos doentes. Assim, estudámos a sensibilidade das nossas conclusões para vários valores das variáveis sexo, idade, nível de educação e experiência com o sistema, como já foi referido, medida como o

número de vezes que foi ao médico de família ou ele o foi visitar a casa nos últimos seis meses.

Em relação ao sexo não encontramos diferenças significativas entre os respondentes homens e mulheres. Em relação às outras três variáveis, o cenário foi ligeiramente diferente.

Assim, enquanto que os utentes mais idosos valorizam mais a avaliação crítica que o médico de família faz da utilidade dos medicamentos e da sua prescrição (aspecto 7), os mais novos dão mais valor às visitas do médico em caso de doença grave (aspecto 24).

Em termos do nível de instrução (anos de escolaridade concluídos) também comparámos os utentes com ensino até ao básico com os de nível superior. Os primeiros, embora sem alterar a ordem relativa, valorizaram quantitativamente mais a necessidade do médico frequentar regularmente cursos e acções de formação para se manter actualizado sobre as descobertas médicas recentes (aspecto 4) e a avaliação crítica da utilidade dos medicamentos e prescrições (aspecto 7). Por seu turno, os de nível superior deram menos peso à necessidade do tratamento prescrito pelo médico lhes permitir desempenhar as suas tarefas diárias (aspecto 2), ao dever deste de dizer tudo o que o doente quiser saber sobre a sua doença (aspecto 20) e à necessidade do Centro de Saúde possuir instalações funcionais (aspecto 33).

Finalmente, os utentes com mais experiência com o sistema valorizam mais o facto do médico aceitar que eles procurem outro tratamento (aspecto 13) e a necessidade do médico ser capaz de providenciar um serviço rápido em caso de urgência (aspecto 27).

Em relação às doenças crónicas que o doente afirma possuir é de notar também uma percentagem bastante elevada de enxaquecas e depressões<sup>26</sup>. O termo «elevada» aqui utilizado diz respeito à comparação feita com os outros es-

tudos realizados no âmbito do mesmo projecto nos outros países. Eventualmente por esta razão, metade da população inquirida afirmou que possui em geral uma saúde razoável ou má e apenas 16% consideravam que possuíam uma saúde muito boa ou excelente.

De salientar também a distribuição do nível educativo dos respondentes, reflexo das condições de inclusão na amostra e o facto dos doentes, em Portugal, terem um número elevado de visitas aos hospitais, quando comparados com outros países europeus, dentro do mesmo estudo.

Em conclusão, parece-nos não ser errado considerar os resultados como representando as prioridades dos utentes portugueses dos Centros de Saúde. Em apoio a esta tese é importante frisar que a ordem relativa das prioridades não foi alterada quando se compararam respondentes com diferentes níveis de instrução, a eventual maior área de enviesamento deste nosso estudo em relação à população portuguesa utente dos Centros de Saúde.

Em resumo, apesar das diferenças encontradas serem bem menores do que à partida se poderia especular com base no eventual enviesamento da amostra, é interessante constatar-mos que são precisamente os cuidados médico-técnicos os que mais distinguem as posições relativas das prioridades que os utentes atribuem aos cuidados de saúde e que isto é mais evidente quando são tidas em conta as variáveis idade e nível de escolaridade.

Neste estudo obteve-se assim uma imagem daquilo que os doentes consideram os requisitos necessários para os cuidados prestados pelos médicos de família: serviço rápido em caso de urgência; em casos normais, consultas a curto prazo; durante as consultas, um médico de família que ouve, fala e esclarece, que faz com que o doente se sinta à vontade para contar os seus problemas, que fornece a informação

necessária sobre a doença, o diagnóstico e os tratamentos, e que garante ao doente a confidencialidade da informação. Isto em muito pouco contradiz a recensão bibliográfica sobre prioridades dos doentes atrás referida.

Restam-nos algumas áreas onde a nossa interpretação dos resultados é manifestamente fraca. Pouco ainda sabemos até que ponto é que as condições reais de acessibilidade aos cuidados de saúde alteram os valores das importâncias relativas ou das prioridades dos utentes face aos vários aspectos dos cuidados, ou será que os utentes dão mais prioridade às condições que não possuem? É, pelo menos, interessante analisar que, apesar disso ser um facto em Portugal, os cidadãos consideram como um dos aspectos mais prioritários o terem continuidade de cuidados materializada pela assistência do mesmo médico de família de cada vez que se dirigem ao Centro de Saúde.

É óbvia a necessidade de mais estudos agora concentrados em sub-áreas da prestação de cuidados. Com base nos resultados deste estudo e na necessária comparação destes com os resultados de outros estudos, proceder-se-á a uma selecção de indicadores que permitirá, após uma extensa validação, criar um questionário que permita avaliar, de uma forma estandardizada, o grau de satisfação dos utentes dos cuidados primários.

Parece-nos também indiscutível a utilidade dos resultados de estudos de prioridades como o apresentado neste artigo. Esta utilidade pode ser resumida em duas vertentes. A primeira é que podem funcionar como ponto de partida para uma interpretação dos resultados de inquéritos de satisfação. Uma resposta dos doentes a uma determinada dimensão de satisfação só terá significado após sabermos qual a importância que esses mesmos doentes lhe atribuem. Na segunda vertente,

podemos utilizar as prioridades dos doentes para iniciar acções de educação e de garantia de qualidade ou mesmo para o planeamento em saúde.

No entanto, e apesar de em inquéritos de satisfação os doentes normalmente penalizarem mais os aspectos de organização, chegando mesmo a elogiar todos os aspectos relacionados com a relação médico-doente, nem a todos os aspectos é dada a mesma importância. São precisamente os aspectos organizacionais e de gestão os que são vistos pelos doentes como menos importantes, em termos relativos.

Estes últimos resultados parecem-nos altamente preocupantes e só os conseguimos interpretar tendo em conta o enorme défice de participação dos portugueses em tudo o que diz respeito à cidadania, mantendo ainda uma visão quase idílica do prestador de cuidados, aquele a quem devem o seu bem-estar em termos de saúde e aquele a quem tudo perdoam pois não lhes passa pela cabeça qualquer intenção menos boa ou qualquer falta de cuidado, quando as coisas não funcionam tão bem quanto desejam. Mas uma coisa é certa: a sociedade está em franca mutação, os doentes cada vez se sentem com mais capacidade de intervenção e o poder de resposta do sistema de saúde deteriorar-se-á se não encararmos estes aspectos como estratégicos e nada fizermos para alterar o estado de coisas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Enquadramento conceptual. *Rev Port Clin Geral* 2000; 16 (1): 53-62.
2. Shackley P, Ryan M. Involving consumers in health care decision making. *Health Care Anal* 1995; 3: 196-204
3. Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. *BMJ* 1989; 299: 494-496.

4. Portugal. Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República nº195, I Série.
5. Portugal. Saúde em Portugal. Uma Estratégia para o Virar do Século. Ministério da Saúde, 1997.
6. Ferreira M. EC Citizens and Social Protection: Main Results from a Eurobarometer Survey. Brussels: Commission of the European Communities, 1993.
7. Portugal. Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de Agosto. Diário da República nº 183, I Série B.
8. Wensing M, Grol R, Smith A. Quality judgments by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994; 38: 45-53.
9. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 487-90.
10. Baker R. The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with general practice. *J Fam Pract* 1991; 8: 171-177.
11. Grol R, Van Buerden W, Buikhorst T, Toeman T, Huisarts, patientes en therapie - trow: een literatuuronderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 1990; 33: 189-195.
12. Ferreira PL. The use of the multiattribute utility theory to measure the stability of patients' quality judgments. *Notas Económicas* 1993; 1: 66-77.
13. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-1290.
14. Grol R. Development and validation of an European standardised outcome instrument for patient evaluation of the quality of care in general practice. European Commission: Biomed 2 Concerted Action, 1995.
15. Thompson AGH, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 127.
16. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. Which aspects of general practice care are important for patients? A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573-1588.
17. Cymbalist Y, Wolff A. Patient attitudes to general practice services. A rural experience. *Aust Fam Physician* 1988; 9: 789.
18. Drury M, Greenfield S, Stilwell B, Hull FM. A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 503-505.
19. Lupton D, Donaldson C, Lloyd P. Caveat emptor or blissful ignorance? Patients and the consumerist ethos. *Soc Sci Med* 1991; 559-568.
20. Metz ME, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther* 1990; 16: 79-88.
21. Hares T, Spencer J, Gallagher M, Bradshaw C, Webb I. Diabetes care: who are the experts? *Qual Health Care* 1992; 1: 219-224.
22. Al-Bashir MM, Armstrong D. Preferences of healthy and ill patients for style of general practitioner care: implications for workload and financial incentives under the new contract. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 6-9.
23. Satcher D, Kosecoff J, Fink A. Results of a needs assessment strategy in developing a family practice program in an inner-city community. *J Fam Pract* 1980; 10: 871-879.
24. Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/ WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992.
25. Blislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cult Psychol* 1970; 1: 185-216.
26. Wensing M, Grol R, Van Montfort P, Smits A. Indicators for the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Qual Health Care* 1996; 5: 73-80.

### Agradecimentos

Este estudo está integrado no projecto «*Development and validation of an European standardised outcome instrument for patient evaluation of the quality of care in general practice*» financiado pela União Europeia no âmbito do Programa Biomed 2. Foi também apoiado, em parte, pela Administração Regional de Saúde do Centro.

O autor agradece a colaboração dos doentes e clínicos gerais participantes neste projecto.

**EVALUATION FROM PRIMARY CARE PATIENTS****ABSTRACT**

**Aim:** To document and compare needs and wants of patients regarding primary care in European countries and to select quality of care indicators to be used in a future evaluation instrument.

**Type of study:** Cross-sectional study of patients' priorities regarding primary care.

**Setting:** Health centers in Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria and Viseu regions.

**Population:** Patients aged 18 or more, able to understand written Portuguese easily, from 12 health centers.

**Method:** Survey by anonymous questionnaire. A total of 290 patients indicated their priorities regarding 40 aspects of care, grouped into five areas or measurement domains: medical-technical care, doctor-patient relationship, information/support, availability/accessibility and services' organization.

**Results:** Respondents were mostly women (63%), mean age 41 ( $\pm 15$ ), married (74%), with educational level above average (23% with university studies). We found a high percentage of patients suffering from migraine or other chronic strong headaches (26%), hypertension (17%) and depression (17%). 16% stated to be in optimal or very good health state. Regarding to the various aspects of care, results show that primary care patients attach most importance to preventive and counselling action, a relation with the doctor where the patient feels at ease to tell his problems and feels there is an interest in him, that he can be informed about everything he wants to know, including objectives of investigations and treatments, and that there is enough time to listen, to talk and to be informed. Besides, the doctor should provide a quick service in case of urgent need and should be available to regularly check the patient's health.

**Conclusions:** The results found represent priorities of health centers' patients. These priorities are influenced by several factors including age and educational level, which might explain some variation in the results. The usefulness of these results can be outlined in two aspects: they are a starting point to the interpretation of the results of the satisfaction questionnaires, and they are a good indicator for the evaluation of participation and investment of the citizens towards health delivery services.

**Keywords:**

Patients' Priorities; General Practice; Quality Assessment.

Recebido em 13/05/97

Aceite para publicação em 10/02/01

**Endereço para correspondência:**

Pedro Lopes Ferreira

Centro de Estudos e Investigação em

Saúde

Faculdade de Economia da Universidade

de Coimbra

3000 Coimbra



## O que espera do seu médico de família?

### Questionário sobre os seus desejos e expectativas

#### Introdução

Acreditamos que você, o doente, é o elemento mais importante dos cuidados de saúde. Gostaríamos de conhecer os seus pontos de vista, para melhor podermos responder aos seus desejos e às suas necessidades.

Neste questionário, procuramos saber o que pensa serem as características de um sistema de saúde de qualidade. Que aspectos dos cuidados prestados são importantes para si? Não estará a julgar o seu médico de família; convidamo-lo/a apenas a dizer quais são os aspectos que considera importantes.

Ficar-lhe-íamos muito gratos se tivesse a amabilidade de preencher este questionário e de o enviar para o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, entidade que coordena esta investigação. Pode utilizar o envelope de franquia paga.

#### Explicação deste questionário

Cada secção do questionário é composta por dois tipos de perguntas:

**A.** Perguntas em que lhe é pedido que indique o grau de importância que atribui a cada questão.

Exemplo:

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
1 Deveria ser fácil compreender o que o médico de família diz.	n	n	n	n	n	n

**B.** Perguntas em que lhe é pedido que escolha o ponto mais importante de uma lista.

Exemplo:

A Para mim, o item mais importante desta lista é o número 1 2 3 4 6 7 8

Por favor, responda a todas as perguntas e certifique-se que dá apenas uma resposta para cada questão.

Todos os dados recolhidos são confidenciais. Será impossível ao seu médico identificá-lo ou vir a descobrir o seu nome; apenas terá acesso a um resumo estatístico dos resultados, sem qualquer identificação.

**Obrigado pela sua disponibilidade.**

## Secção I – Cuidados Médico-Técnicos

O que faz um bom médico de família? Por favor classifique a importância dos seguintes aspectos dos cuidados médicos, não tomando em conta os cuidados médicos que está a receber no presente.

Por favor marque **apenas uma resposta** para cada questão.

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
1 Um médico de família deve ser capaz de aliviar rapidamente os meus sintomas.	n	n	n	n	n	n
2 O tratamento prescrito pelo médico de família deve permitir-me desempenhar as minhas tarefas diárias.	n	n	n	n	n	n
3 Um médico de família só me deve enviar a outro especialista quando houver motivos sérios para tal.	n	n	n	n	n	n
4 Um médico de família deve frequentar cursos regularmente para se manter actualizado sobre as descobertas médicas recentes.	n	n	n	n	n	n
5 Um médico de família deve exercer de acordo com os conhecimentos considerados boa prática clínica.	n	n	n	n	n	n
6 Um médico de família deve analisar criticamente a utilidade daquilo que faz.	n	n	n	n	n	n
7 Um médico de família deve avaliar criticamente a utilidade dos medicamentos e da sua prescrição.	n	n	n	n	n	n
8 Um médico de família não deve apenas tratar doenças; deve exercer também uma acção preventiva e de aconselhamento.	n	n	n	n	n	n

Considere agora a importância relativa dos pontos acima indicados.

Em relação às frases de A a D, por favor, coloque um círculo à volta do número correspondente (um número diferente para cada frase).

A Para mim, o item <b>mais importante</b> desta lista é o número	1	2	3	4	5	6	7	8
B Para mim, o <b>segundo</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	1	2	3	4	5	6	7	8
C Para mim, o <b>terceiro</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	1	2	3	4	5	6	7	8
D Para mim, o <b>quarto</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	1	2	3	4	5	6	7	8



## Secção II – A Relação Médico-Doente

O que faz um bom médico de família? Por favor classifique a importância dos seguintes aspectos dos cuidados médicos, não tomando em conta os cuidados médicos que está a receber no presente. Por favor marque **apenas uma resposta** para cada questão.

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
9 Um médico de família deve compreender o que eu pretendo dele/a	n	n	n	n	n	n
10 Um médico de família deve fazer-me sentir à vontade para lhe contar os meus problemas.	n	n	n	n	n	n
11 Um médico de família deve mostrar-se interessado em mim e na minha situação.	n	n	n	n	n	n
12 Um médico de família deve admitir uma segunda opinião de um outro médico.	n	n	n	n	n	n
13 Um médico de família deve aceitar que eu procure um outro tratamento.	n	n	n	n	n	n
14 Um médico de família deve aceitar discutir os exames, os tratamentos e, se eu quiser, enviar-me a outros médicos.	n	n	n	n	n	n
15 Um médico de família deve reconhecer que eu tenho a escolha final relativamente a exames e tratamentos.	n	n	n	n	n	n
16 Um médico de família deve garantir a confidencialidade da informação em relação aos seus doentes.	n	n	n	n	n	n

Considere agora a importância relativa dos pontos acima indicados.

Em relação às frases de A a D, por favor, coloque um círculo à volta do número correspondente (um número diferente para cada frase).

A Para mim, o item <b>mais importante</b> desta lista é o número	9	10	11	12	13	14	15	16
B Para mim, o <b>segundo</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	9	10	11	12	13	14	15	16
C Para mim, o <b>terceiro</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	9	10	11	12	13	14	15	16
D Para mim, o <b>quarto</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	9	10	11	12	13	14	15	16

### Secção III – Informação e Apoio

O que faz um bom médico de família? Por favor classifique a importância dos seguintes aspectos dos cuidados médicos, não tomando em conta os cuidados médicos que está a receber no presente. Por favor marque **apenas uma resposta** para cada questão.

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
17 Um médico de família deve explicar os objetivos dos exames e dos tratamentos prescritos.	n	n	n	n	n	n
18 Um médico de família deve dar-me informação escrita sobre as horas de consulta, o número de telefone do Centro de Saúde, etc.	n	n	n	n	n	n
19 Um médico de família deve facultar informação sobre serviços, organizações ou grupos que forneçam apoio prático ou pessoal e aconselhamento a mim e aos meus familiares.	n	n	n	n	n	n
20 Um médico de família deve dizer-me tudo o que eu quiser saber sobre a minha doença.	n	n	n	n	n	n
21 Um médico de família deve orientar-me, para que tome a minha medicação da forma correcta.	n	n	n	n	n	n
22 Um médico de família deve ajudar os meus familiares a apoiarem-me.	n	n	n	n	n	n
23 Um médico de família deve ajudar-me a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os meus problemas de saúde.	n	n	n	n	n	n
24 Um médico de família deve visitar-me frequentemente se eu estiver gravemente doente.	n	n	n	n	n	n

Considere agora a importância relativa dos pontos acima indicados.

Em relação às frases de A a D, por favor, coloque um círculo à volta do número correspondente (um número diferente para cada frase).

A Para mim, o item <b>mais importante</b> desta lista é o número	17	18	19	20	21	22	23	24
B Para mim, o <b>segundo</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	17	18	19	20	21	22	23	24
C Para mim, o <b>terceiro</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	17	18	19	20	21	22	23	24
D Para mim, o <b>quarto</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	17	18	19	20	21	22	23	24

## Secção IV – Disponibilidade e Acessibilidade

O que faz um bom médico de família? Por favor classifique a importância dos seguintes aspectos dos cuidados médicos, não tomando em conta os cuidados médicos que está a receber no presente.  
Por favor marque **apenas uma resposta** para cada questão.

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
25 Deve ser possível marcar uma consulta com um médico de família num curto período de tempo.	n	n	n	n	n	n
26 Durante a consulta, o médico de família deve ter tempo suficiente para me ouvir, falar e esclarecer.	n	n	n	n	n	n
27 Um médico de família deve ser capaz de providenciar um serviço rápido em caso de urgência.	n	n	n	n	n	n
28 Um médico de família deve estar disponível para fazer visitas ao domicílio.	n	n	n	n	n	n
29 Deve ser fácil falar com um médico de família pelo telefone.	n	n	n	n	n	n
30 Quando tenho um consulta com um médico de família não devo ser obrigado a esperar muito tempo na sala de espera.	n	n	n	n	n	n
31 Um médico de família deve preocupar-se com o custo do tratamento médico.	n	n	n	n	n	n
32 É desejável ter o mesmo médico de família para toda a família.	n	n	n	n	n	n

Considere agora a importância relativa dos pontos acima indicados.

Em relação às frases de A a D, por favor, coloque um círculo à volta do número correspondente (um número diferente para cada frase).

A Para mim, o <b>mais importante</b> desta lista é o número	25	26	27	28	29	30	31	32
B Para mim, o <b>segundo</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	25	26	27	28	29	30	31	32
C Para mim, o <b>terceiro</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	25	26	27	28	29	30	31	32
D Para mim, o <b>quarto</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	25	26	27	28	29	30	31	32



## Secção V – Organização dos Serviços

O que faz um bom médico de família? Por favor classifique a importância dos seguintes aspectos dos cuidados médicos, não tomando em conta os cuidados médicos que está a receber no presente. Por favor marque **apenas uma resposta** para cada questão.

O que faz um bom médico de família?	questão nada importante	questão não muito importante	questão importante	questão muito importante	a mais importante questão	não sabe
33 O Centro de Saúde deve ter instalações funcionais.	n	n	n	n	n	n
34 Deve existir uma boa cooperação entre o médico de família e o restante pessoal do Centro de Saúde.	n	n	n	n	n	n
35 Um médico de família deve estar disposto a vigiar regularmente a minha saúde.	n	n	n	n	n	n
36 Em cada visita deve ser possível consultar sempre o mesmo médico de família.	n	n	n	n	n	n
37 Um médico de família deve saber o que outro colega fez e o que me disse anteriormente.	n	n	n	n	n	n
38 Um médico de família deve orientar-me na minha relação com as outras especialidades.	n	n	n	n	n	n
39 O médico de família e outros profissionais de saúde não devem dar-me informações contraditórias.	n	n	n	n	n	n
40 O médico de família deve coordenar os diferentes tipos de cuidados que eu recebo.	n	n	n	n	n	n

Considere agora a importância relativa dos pontos acima indicados.

Em relação às frases de A a D, por favor, coloque um círculo à volta do número correspondente (um número diferente para cada frase).

A Para mim, o <b>mais importante</b> desta lista é o número	33	34	35	36	37	38	39	40
B Para mim, o <b>segundo</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	33	34	35	36	37	38	39	40
C Para mim, o <b>terceiro</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	33	34	35	36	37	38	39	40
D Para mim, o <b>quarto</b> item <b>mais importante</b> desta lista é o número	33	34	35	36	37	38	39	40

## Secção VI – Selecção dos Pontos Mais Importantes

Por favor considere de novo os pontos que indicou como mais importantes nas cinco diferentes secções: os cinco pontos que escolheu como A («mais importante»).

**No geral, quais são os três pontos que são mais importantes para si?**

(Por favor indique o número desses pontos no seguinte quadro)

	Ponto número
<b>O ponto mais importante</b> é o número	
<b>O segundo ponto mais importante</b> é o número	
<b>O terceiro ponto mais importante</b> é o número	

## Secção VII – Questões Gerais

- 1 Sexo:     Feminino                     Masculino
- 2 Ano de nascimento: 19 \_\_ \_\_
- 3 Situação familiar:             Casado c/ registo                     Viúvo  
     Casado s/ registo                     Divorciado  
     Solteiro                                     Separado
- 4 Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está a frequentar neste momento?  
 Não sabe ler nem escrever                     Ensino secundário  
 Sabe ler e escrever                             Ensino médio  
 Ensino básico                                     Ensino superior
- 5 Considera-se membro de uma minoria étnica em Portugal?  
 Sim; qual? \_\_\_\_\_  
 Não
- 6 Quantas vezes foi ao médico de família ou ele o foi visitar a casa nos últimos seis meses?  
       \_\_\_\_\_ vezes.
- 7 Quantas vezes foi ao médico ou ele o foi visitar a casa por causa de algum familiar seu, nos últimos seis meses? \_\_\_\_\_ vezes.
- 8 Quantos médicos de família diferentes consultou nos últimos seis meses?  
       \_\_\_\_\_ médicos de família diferentes                     apenas um médico de família
- 9 Há quanto tempo está inscrito na lista do seu médico de família?  
       \_\_\_ anos    \_\_\_ meses (aproximadamente)                     não tenho médico de família
- 10 Quantas vezes esteve no hospital ou foi visto por outro especialista nos últimos seis meses?  
       \_\_\_ vezes
- 11 Nos últimos dez anos, viveu no estrangeiro mais de seis meses?  
 Sim, em \_\_\_\_\_ (indique o nome dos países)  
 Não
- 12 Tem uma ou mais do que uma destas doenças? (marque todas as que se aplicarem)  
 Diabetes  
 Asma ou outras doenças respiratórias crónicas  
 Doenças do coração  
 AVC – acidente vascular cerebral  
 Hipertensão arterial  
 Insuficiência cardíaca ou outras doenças vasculares crónicas  
 Doenças osteo-articulares crónicas  
 Enxaquecas ou outras dores de cabeça crónicas e fortes  
 Depressão  
 Cancro  
 Outras doenças crónicas



As perguntas que se seguem dizem respeito à sua saúde durante as últimas 2 semanas. Em cada pergunta, marque o desenho que melhor corresponde à sua situação.

**PREPARAÇÃO FÍSICA**

Durante as últimas 2 semanas ...  
Qual foi a actividade física mais violenta que foi capaz de praticar pelo menos durante 2 minutos?

Muito Violenta (correr depressa)		1
Violenta (correr devagar)		2
Moderada (andar depressa)		3
Leve (andar ao ritmo normal)		4
Muito leve (andar devagar)		5

**ACTIVIDADES DIÁRIAS**

Durante as últimas 2 semanas ...  
Quanta dificuldade sentiu nas suas tarefas diárias, dentro e fora de casa, devido à sua saúde?

Sem dificuldade		1
Pouca dificuldade		2
Alguma dificuldade		3
Muita dificuldade		4
Incapaz		5

**EMOÇÕES**

Durante as últimas 2 semanas ...  
Quantas vezes se sentiu incomodado por problemas emocionais tais como ansiedade, depressão, irritação ou tristeza?

Nunca		1
Poucas vezes		2
Algumas vezes		3
A maior parte das vezes		4
Sempre		5

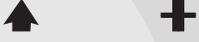
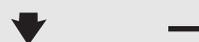
**ACTIVIDADES SOCIAIS**

Durante as últimas 2 semanas ...  
De que modo é que a sua saúde física ou emocional limitou as suas actividades sociais com a família, os amigos, vizinhos ou grupos?

Nunca		1
Algumas vezes		2
Bastantes vezes		3
A maior parte das vezes		4
Sempre		5

**ALTERAÇÃO AO SEU ESTADO DE SAÚDE**

Como classifica a sua saúde hoje quando comparada com 2 semanas atrás?

Muito melhor		1
Um pouco melhor		2
O mesmo		3
Um pouco pior		4
Muito pior		5

**SAÚDE EM GERAL**

Durante as últimas 2 semanas ...  
Como classifica a sua saúde em geral?

Ótima		1
Muito boa		2
Boa		3
Razoável		4
Má		5