escola superior de enfermagem de coimbra

VII Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

PERCEÇÕES DOS CLIENTES SOBRE UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CONSULTA DE ENFERMAGEM

Coimbra, 2022

escola superior de enfermagem de coimbra

VII Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

PERCEÇÕES DOS CLIENTES SOBRE UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado

Orientação pela Senhora Professora Doutora Amélia Castilho

Coimbra, 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCE - Avaliação dos Clientes sobre as Consultas de Enfermagem

ACOS - Avaliação do Cliente sobre as Organizações de Saúde

C. Pearson – Correlação de Pearson

CSP - Cuidados de Saúde Primários

M – Média

QAOS - Questionários de Avaliação de Organizações de Saúde

SD – Desvio Padrão

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidades de Saúde Familiares

RESUMO

A melhoria da qualidade exige que as organizações prestadoras de cuidados de saúde conheçam o seu papel na sociedade em que estão inseridas e obtenham feedback dos clientes sobre a forma como estão a responder às suas expetativas.

Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo - correlacional, transversal que procura dar resposta à questão de investigação: Qual a perceção dos clientes das unidades de cuidados de saúde primários sobre a organização de saúde e sobre a consulta de enfermagem?

Este estudo visa traduzir e realizar a avaliação psicométrica do questionário "Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services" (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), descrever a avaliação dos clientes relativamente à organização e consulta de enfermagem e analisar se as perceções dos clientes variam em função de algumas caraterísticas organizacionais.

Amostra é constituída por 406 clientes de consultas de enfermagem de três tipo de unidades de cuidados de saúde primários: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF) (Modelos A e B). Foram cumpridos os pressupostos éticos. No tratamento de dados utilizou-se o SPSS.

A versão organizacional do questionário utilizado, que avalia as dimensões qualidade, reputação, valor, custo, satisfação e recomendação, apresentou um valor de coeficiente Alfa de Cronbach global de 0,82; e maior ou igual a 0,74 em todas as dimensões. Resultados semelhantes foram obtidos na versão que avalia a consulta de enfermagem, indiciando boas características psicométricas.

Os inquiridos evidenciam uma avaliação muito positiva nas seis dimensões que avaliam a organização e a consulta de enfermagem. Na avaliação organizacional, com valor médio global de 5,82, salienta-se a dimensão "qualidade da organização" com o valor médio mais elevado (M= 6,18; SD= 0,86) e a dimensão "custos" com o valor médio mais baixo (M=5,46; SD=1,33). Na avaliação da consulta de enfermagem os resultados são ligeiramente superiores, tendo-se observado um valor médio global de 6,14. A avaliação organizacional apresenta resultados mais positivos nas USF (modelos A e B), quando comparadas com os valores observados na UCSP. Não se observou diferença estatisticamente significativa na avaliação, entre os diferentes tipos de consulta de enfermagem.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Organizações de Saúde; Consultas de Enfermagem; Avaliação dos Clientes.

LISTA DE TABELAS

Tabela nº	Descrição	página
Tabela 1 –	Indicadores contratualizados por cada segmento de amostra	41
Tabela 2 –	Distribuição do número de utentes que preencheram questionário por Unidade Funcional: frequência e percentagem	52
Tabela 3 –	Caracterização da Amostra relativamente a sexo, estado civil nível de escolaridade e situação laboral: Frequências e percentagem.	53
Tabela 4 –	Caracterização da Amostra relativamente a idade	54
Tabela 5 –	Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- Versão Organizacional	56
Tabela 6 –	Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- versão Consulta de Enfermagem para ACCE	59
Tabela 7 -	Avaliação da consistência interna dos itens e dimensões do QAOS-versão organizacional	62
Tabela 8 –	Correlações inter-dimensões e com ACOS	64
Tabela 9 -	Análise de consistência interna do QAOS- versão Consulta de Enfermagem por item e dimensão	66
Tabela 10 –	Correlações entre dimensões e ACCE	68
Tabela 11 -	Avaliação da consistência interna dos questionários QAOS - Versões Organizacional e Consulta de Enfermagem no seu conjunto na ACOS e ACCE	69
Tabela 12 -	Sugestões de melhoria para melhorar ACOS e ACCE	71
Tabela 13 -	Análise ACOS por Unidades de pertença dos clientes – teste Anova	73
Tabela 14 -	Teste Bonferroni para as variáveis em análise (ACOS - Unidades Funcionais)	74
Tabela 15 -	Análise descritiva ACCE por Unidades de pertença dos clientes	74

Tabela 16 - Teste Bonferroni para as variáveis em análise (ACCE e Unidades Funcionais) 75

Tabela 17 - Análise da diferença nas avaliações da organização e consulta de enfermagem: teste t student 75

Tabela 18 - Análise da ACCE por Tipologia de Consulta de Enfermagem e teste Anova 76

Tabela 19 - Análise de uma amostra pelo teste T – amostras independentes (ACCE e Utilização simultânea mesmo serviço em subsistema) 76

SUMÁRIO

		Página
	INTRODUÇÃO	**3**
1	**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**	**7**
	1.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS & OFERTA ASSISTENCIAL	11
	1.2. QUALIDADE PERCECIONADA	14
	1.3. REPUTAÇÃO PERCECIONADA	18
	1.4. VALOR PERCECIONADO	20
	1.5. CUSTOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS	24
	1.6. SATISFAÇÃO PERCECIONADA	27
	1.7. RECOMENDAÇÃO E LEALDADE	29
2	**METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**	**35**
	2.1. TIPO DE ESTUDO	35
	2.2. OBJETIVOS	36
	2.3. HIPÓTESES	37
	2.4. VARIÁVEIS	38
	2.4.1. Variáveis Dependentes	38
	2.4.2. Variáveis Independentes	39
	2.4.3. Variáveis de Atributo	42
	2.5. POPULAÇÃO ABRANGIDA/ AMOSTRAGEM	43
	2.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	44
	2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	48
	2.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	50

		Página
3	**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**	**51**
	3.1. ANÁLISE DESCRITIVA	52
	3.1.1. Caracterização da Amostra e Contextos	52
	3.1.2. Avaliação da Organização	54
	3.1.3. Avaliação da Consulta de Enfermagem	57
	3.2. ANÁLISE DA FIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	61
	3.3. ANÁLISE INFERENCIAL	73
4	**DISCUSSÃO**	**79**
	CONCLUSÃO	**85**
	BIBLIOGRAFIA	**87**
	ANEXOS	
	APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

A auscultação aos clientes é uma das formas de avaliar as suas perceções sobre os serviços que lhes são prestados. Entender os clientes, as suas perceções e preferências, permite que os gestores identifiquem os pontos fortes no desempenho organizacional e profissional, potenciando a sua capacidade de planear e avaliar intervenções de melhoria nas áreas identificadas como mais críticas. Esclarecer a forma como as diferentes dimensões interagem entre si e o seu impacto no resultado da Avaliação do Cliente sobre a Organização de Saúde (ACOS) e Avaliação do Cliente sobre Consulta de Enfermagem (ACCE) torna possível um conhecimento mais profundo das áreas fortes e das áreas que beneficiam de processos de melhoria.

A avaliação da qualidade e satisfação já é ampla e sistematicamente realizada nas organizações de saúde, mas de forma isolada. Raramente incorporam a avaliação do valor atribuído pelo cliente ao serviço (e as suas várias perspetivas), dificultando intervenções de melhoria mais construtivas e fundamentadas.

Num contexto social de forte competitividade no setor da saúde entre a oferta pública e privada, torna-se cada vez mais relevante conhecer a perspetiva dos clientes sobre os serviços prestados e a organização onde os mesmos decorrem.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido cenário para mudanças organizacionais e estratégicas, mas desde 2007 (Decreto-Lei n.º 298/2007), foram reinventadas formas de trabalho, de controlo de processos e resultados, captado investimento e cativando profissionais com mais competências. A ambição de dar respostas assistenciais mais satisfatórias para os clientes respondendo à necessidade de reorganização dos serviços de saúde, controlo de custos, melhores respostas de saúde e captar incentivos para os profissionais e organizações foi uma mudança de paradigma que mudou a forma de pensar CSP e as experiências individuais dos clientes, onde também os enfermeiros têm um papel importante, no processo e no resultado.

Reconhecendo que as perceções dos clientes influenciam as suas escolhas e que a avaliação multidimensional pode contribuir para identificar áreas sensíveis a intervenções de melhoria, o desenvolvimento deste trabalho procura dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos clientes das unidades de cuidados de saúde primários sobre a organização de saúde e sobre a consulta de enfermagem?

Estabelecem-se como objetivos deste trabalho:

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do "Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services" (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017).
- Descrever as dimensões da avaliação dos clientes sobre a organização de saúde
- Descrever as dimensões da avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem.

Desenvolveu-se uma investigação de abordagem quantitativa, com desenho descritivo – correlacional e transversal.

Considerando a relevância da perspetiva do cliente na avaliação, numa primeira fase foi traduzido e adaptado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec e Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017). Este questionário, constituído por 19 itens, permite avaliar seis dimensões organizacionais: O1 - Qualidade da Organização O2 - Reputação Geral da Organização; O3 - Valor percebido da Organização; O4 – Aspetos da Organização e custos da visita; O5 - Satisfação com o tratamento na Organização; O6 – Recomendações. Para permitir avaliar a perceção dos clientes sobre as consultas de enfermagem, este questionário foi também adaptado a este contexto. Assim, no presente estudo utilizam-se as duas versões: QAOS- versão organizacional para a Avaliação do Cliente sobre as Organizações de Saúde (ACOS), e o QAOS – versão consulta de enfermagem, na Avaliação dos Clientes sobre as Consultas de Enfermagem (ACCE).

O estudo envolveu 406 clientes de consultas de enfermagem de três tipo de unidades de cuidados de saúde primários de uma mesma área geodemográfica; Unidade de

Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF) (Modelos A e B).

Os dados foram colhidos através de questionário na modalidade física (papel) e desmaterializada (*google forms*). Posteriormente foram compilados e tratados através de *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Em todas as fases do processo foram cumpridos os procedimentos formais e éticos, tendo-se obtido parecer favorável da Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde.

Este documento está estruturado em quatro capítulos principais. No capítulo I, dedicado à contextualização da temática em estudo, faz-se uma breve introdução ao contexto competitivo da prestação de cuidados de saúde, que desafia as organizações públicas, nomeadamente os cuidados de saúde primários, a olharem para os seus utilizadores na perspetiva de cliente. Nos subcapítulos dá-se destaque às várias dimensões de avaliação da organização e da consulta de enfermagem, incorporando-se referência a

alguns estudos similares já desenvolvidos. No segundo capítulo apresenta-se o desenho metodológico que guiou o estudo desenvolvido e apresentam-se os procedimentos formais e éticos. Apresentam-se em seguida os capítulos destinados à apresentação e discussão dos resultados. O trabalho finaliza com a conclusão, bibliografia e apêndices.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sistema de saúde português, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), procura garantir ao cidadão o acesso a cuidados de saúde universais, gerais e tendencialmente gratuitos. Apesar de ser um sistema de saúde baseado num sistema de saúde público e universal, é um sistema misto, com diversificada combinação publica e privada quer do financiamento quer da prestação de cuidados.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito competitivo, fruto do maior controlo de qualidade, mas também da maior abertura do mercado de cuidados de saúde ao setor privado, nomeadamente em algumas áreas com interesse económico. A progressiva abertura do mercado ao **setor privado**, sustentada num modelo de financiamento misto, com participações de vários subsistemas de saúde (como é o caso da ADSE), ou do mercado de seguros privados de saúde (que minimizam o impacto económico para o utilizador no ato do consumo), tem aumentado as possibilidades de escolha do consumidor, seja por procura de serviços tecnicamente mais diferenciados seja por maior facilidade de acesso.

Moreira e Barros (2009) salientam que **dupla cobertura**, traduz-se frequentemente em maior consumo de serviços de saúde, induzidos também por parte de alguns prestadores, em especial privados. Silva (2009) chama a atenção para o facto dos subsistemas privados terem vindo a ganhar terreno. Alerta para o facto desta situação poder estimular desinvestimento do SNS em algumas áreas de maior interesse privado, o que potencialmente poderá comprometer a quantidade/qualidade de serviços oferecidos e a cobertura universal, defendendo a necessidade de maior regulação. Todos os subsistemas de saúde assentam no pressuposto da **partilha do risco**, do individual para terceiros e dos que utilizam menos para os mais utilizadores (Braun & Centeno, 2018). A incerteza que caracteriza os cuidados de saúde, e consequentemente os custos a eles associados, fomenta a partilha dos riscos entre serviços públicos e privados. Em Portugal, 57,3% das despesas da saúde são suportadas via impostos pelo SNS e Serviços Regionais de Saúde e 27,7% diretamente pelos cidadãos. Apenas 5,3% correspondem a subsistemas de saúde, 4,6% provém de seguros, 3,9% de outras Unidades da Administração Pública e 1,2% de Fundos da Segurança Social (CNS, 2017).

.

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, os CSP alteraram-se substancialmente, passaram por **quatro grandes reformas** (Costa, Santana & Lopes, 2013) e uma infinidade de outras mudanças locais.

A **primeira reforma dos CSP** teve início antes ainda da criação do Ministério da Saúde (1958), em 1946 com a criação da Federação das Caixas de Previdência – Decreto-Lei 35311 de 25 de Abril. Em 1971 (Decreto-Lei 413/1971) é publicada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabelece os fundamentos do SNS e Centros de Saúde de Primeira Geração, que não integram as anteriores Caixas de Previdência, regulando outros prestadores existentes à altura, como Serviços de Saúde Pública (vacinação), Serviços Médico-Sociais, Misericórdias, entre outros. A Conferência de Alma-Ata em 1978 inspira a **segunda** reforma, em 1979, com a criação do SNS, onde são reconhecidos os direitos aos cidadãos de proteção de saúde universais, (tendencialmente) gratuitos, sob a responsabilidade do Estado Português, Em 1983 (Despacho Normativo 97/1983, são criados os Centros de Saúde de Segunda Geração, fundindo os de Primeira Geração com os Serviços Médico-Sociais. A **terceira** reforma tem início na década de 1990, sustentada pela publicação da Lei de Bases da Saúde e Estatutos do SNS e Administrações Regionais de Saúde. Nesta década surgem inúmeros projetos experimentais de funcionamento de Unidades em CSP, alguns operacionalizados como o Projeto Alfa (1996), Regime Remuneratório Experimental (1998), Projeto Tubo de Ensaio (1999); outros não implementados, como os Centros de Saúde 3ª Geração (1999) ou a Rede de CSP (2003) (Costa, Santana & Lopes, 2013).

Por fim, a **quarta** reforma dos CSP teve início em 2005 depois da resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005 de 7 de Abril, que sugere mudanças estruturais e funcionais das Unidades de Saúde em CSP. A esta resolução seguem-se várias Leis que permitem a transição do modelo anterior (de 2003), sendo que em 2007 é publicada a Portaria 1368/2007 que fornece orientações acerca de como construir um Regulamento Interno para Unidades de Saúde Familiares e define Carteira Básica de Serviços para estas Unidades. Três anos mais tarde é publicado o DL n.º28/2008 que regula a formação dos ACES e das restantes Unidades Funcionais sob a sua tutela, tal como conhecemos atualmente (Costa et al., 2013).

Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários, que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, estão organizados por agrupamentos de Centros de saúde e são compostos por várias Unidades Funcionais. Enquanto cenários de mudanças, cada Unidade Funcional em CSP desenvolveu um **carácter e cultura** únicos, uma identidade, que marca ainda hoje

a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os *stakeholders*. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no setor e com reflexos no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

As preocupações com a **qualidade**, inseridas num ambiente cada vez mais exigente, complexo e competitivo, exigem que as organizações prestadoras de cuidados de saúde conheçam o seu papel na sociedade em que estão inseridas e obtenham feedback dos seus clientes sobre a forma como estão a responder às suas expetativas. Como refere Andrade, Salazar, Leopoldino e Montenegro (2019), a **auscultação das perceções dos clientes** acerca dos serviços prestados e dos profissionais é essencial para a melhoria das organizações. Só dessa forma é possível perceber o que o cliente valoriza, realiza ou o compromete com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os outputs de desempenho organizacional.

A avaliação da perceção dos clientes sobre os serviços prestados pelas Unidades de Saúde tem sido tema de publicações recentes. Apesar de existirem instrumentos de colheita de dados já bastante consensuais para avaliação da satisfação e da qualidade dos serviços, Pisnik e Pevec (2017) referem que a experiência de utilização e perceção dos clientes é bem mais abrangente, sendo o **valor percecionado** uma síntese de vários construtos e que incluem também os mais "tradicionais". No sentido de avaliarem de forma mais global e num só instrumento, o valor percecionado dos clientes acerca da organização de saúde, desenvolveram o "Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services". Este Instrumento foi validado para as seis dimensões que, segundo os autores, avaliam as perceções dos clientes dos serviços de saúde: qualidade, reputação, custo, valor percecionado, satisfação e lealdade/reputação.

A **consulta de enfermagem** estabelece-se como um espaço de prestação de cuidados de saúde planeados, que oferecem resposta a necessidades específicas. A **segmentação** é um conceito proveniente do marketing, uma importante e flexível ferramenta de gestão, que parte do pressuposto de que grupos diferentes têm necessidades diferentes e formas de abordagem distintas. No entanto, a segmentação empírica ou menos criteriosa pode gerar cuidados fragmentados, despojá-los de valor para prestador e cliente, tornando-os ineficientes e insustentáveis (Low et al., 2017). O mesmo autor defende também que a segmentação dos clientes existe em saúde há longa data, existindo vários algoritmos que ajudam a posicionar os clientes em grupos,

de acordo com patologia, gravidade, necessidades, expectativa de cura, previsibilidade de duração dos cuidados, coexistência de várias patologias, entre outros (Low et al., 2017).

Para determinação destes grupos foi tido em conta os indicadores de desempenho das unidades, mas também a experiência empírica de trabalho com lista de utentes, como enfermeira de família, tendo sido estabelecidos como segmentos as consultas de saúde infantil no primeiro ano de vida, segundo ano, infanto-juvenil (3 aos 17 anos), saúde da mulher, saúde do adulto e dependentes, assunto desenvolvido posteriormente no capítulo metodologia.

Desenvolvem-se seguidamente subcapítulos relacionados com os CSP enquanto Organizações prestadoras de cuidados com especificidades próprias. Depois de um breve enquadramento da oferta assistencial em cuidados de saúde primários, a revisão da literatura procura incorporar as dimensões de avaliação organizacional propostas Pisnik e Pevec (2017), fundamentando a temática central do presente estudo.

1.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS e OFERTA ASSISTENCIAL

A **oferta assistencial de CSP** em Portugal é muito diversa, em parte por coexistirem realidades populacionais muito diferenciadas, profissionais com competências e empenho diferentes e também uma grande heterogeneidade estrutural. Ainda assim, e mesmo em contextos complexos, existem centros de excelência, ainda que funcionem como "ilhas" (Santos et al., 2007). É português o pior indicador europeu de recorrência a urgências hospitalares (40%), o que pode indicar falta de capacidade assistencial pelos CSP ou hábitos culturais difíceis de alterar (Rodrigues, Castro, Magalhães, Taveira & Viana, 2017). Este tipo de resultado de desempenho caracteriza a abordagem de saúde em países de baixo-médio desenvolvimento e contribui para entrega de serviços de baixo valor e elevado descontrolo dos custos globais associados aos cuidados (Rodrigues et al., 2017).

Para Toledo e Moretti (2016) ou Carvalho e Laurindo (2010) a criação e entrega de valor superior para um cliente é a base da **vantagem competitiva** de qualquer negócio. A segmentação do mercado, escolha do publico alvo e posicionamento no mercado são estreatégias de marketing com aplicação à saúde (Toledo & Moretti, 2016). De acordo com estes autores, não se trata de descartar segmentos menos apetecíveis, mas de os abordar de forma diferenciada, indo ao encontro das suas necessidades e especificidades, ganhando eficiência. Porter (2013) defende uma nova abordagem sobre os **CSP baseada no valor**. O valor só se pode operacionalizar colocando o cliente, verdadeiramente, no foco dos cuidados. Para tal é necessário reorganizar os clientes por grupos de acordo com necessidades de saúde semelhantes – segmentação, o que é possível aplicar ao setor saúde (Low et al., 2017). Apesar de reconhecer a importância da fragmentação, Tootelian et al. (2016) defendem que, ainda que pareça apetecível, não é adequado **fraturar excessivamente a oferta**, sob pena de a focar excessivamente em clientes com necessidades "marginais" e abdicar dos grupos cujas necessidades são mais homogénas e prevalentes.

Em termos de mercado puro e perfeito (que não é uma característica da saúde), a **concorrência** costuma beneficiar o cliente, pressionando os prestadores de serviços concorrentes a baixar o preço (serem mais eficientes nos processos), ou segmentar as ofertas, investindo em grupos específicos em que considere estar melhor posicionada em comparação aos restantes para ampliar o negócio, captando novos clientes aos outros (Carvalho & Laurindo, 2010). Outros autores citam o caso do Canadá, onde coexistem provedores de CSP públicos e privados, como um exemplo em que a **diversidade** de oferta elevou a fasquia da qualidade dos provedores de serviços e onde

o papel dos enfermeiros tem sido determinante na liderança profissional e governamental, nas práticas cooperativas e promoção da saúde, sendo em muitos casos, os grandes motores de inovação (Vera et al., 2017; Hesbeen, 1998).

Porter (cit Carvalho & Laurindo, 2010) defende que todos os produtos têm um **ciclo de vida** e que devem ir sofrendo ajustes ao mercado no sentido de se manterem adequados e apetecíveis, convidando ao consumo por reconhecimento de valor pelo cliente. No caso do setor da saúde, a atualização deverá depender das melhores páticas científicas (OMS, 2008). Levitt (2017) chama a tenção que até os mercados mais maduros incorrem no risco de **estagnação** se os seus gestores não se preocuparem em reinventar os seus serviços ou produtos, por permitirem posicionar o seu negócio em mercados saturados e/ou perderem posição vantajosa inicial. Mas a capacidade de inovação de uma organização depende não só dela própria, ou dos clientes, como do clima de inovação do país onde se localiza, o que pode representar algum problema para países mais conservadores (Porter, 2007). Drucker (1990) defende que as organizações de saúde públicas (sem fins lucrativos) precisam de oportunidades, competência e compromisso dos seus profissionais e gestores para inovar.

Os clientes, quando têm **opções disponíveis** no mercado, procuram o que consideram dar as melhores respostas às suas expectativas, necessidades e prestadores (com determinadas características por si valorizadas), isso coloca sob pressão os prestadores (Tootelian et al., 2016). A OMS descreve o que é o **ciclo virtuoso da procura e oferta dos CSP**, com impacto não só na quantidade, mas na qualidade da oferta asistencial pública (OMS, 2008). Outro estudo revela que clientes de serviços de saúde públicos e privados tendem a ter expectativas iniciais semalhentes, divergindo no que mais valorizam num serviço em detrimento do outro (Eren, 2020). Em **Portugal** em 2008, 90% das consultas eram realizadas numa entidade pública, três quartos delas em Centros de Saúde, mas enquanto na década anterior as consultas hospitalares quase que duplicaram (5,6 milhões para 10 milhões/ano), os Centros de Saúde passaram de 25 milhões para 31 milhões/ano no mesmo período (Rosa & Chitas, 2010).

A OMS (2008) reporta que os **CSP** têm sido despojados de oferta assistencial em locais com escassos recursos, cumprindo apenas com serviços minimalistas, descurando o seu real propósito.

O **tempo de espera e a acessibilidade** aos prestadores de cuidados de saúde são, internacionalmente, valores que condicionam a perceção dos clientes sobre os serviços de saúde (Astuti, Rahayu & Miftahuddin, 2017; Caruana, Money & Berthon, 2000; Papp et al., 2014). Os clientes pretendem aceder aos prestadores de CSP de forma quase

imediata (Papp et al., 2014). O mesmo estudo descreve clientes de CSP de países como Hungria, Lituânia ou Espanha pretendem **resposta** imediata dos seus prestadores, enquanto utentes finlandeses aceitam até uma semana para serem atendidos em situações não agudas, o que influencia diretamente a satisfação para com os serviços. Em Portugal o tempo médio de consulta em 2004 era de 27 dias, com antecipação para 20 dias nos casos onde se verificava maior pressão e a perceção de que esperavam muito era partilhada por 67% dos utilizadores (Ferreira, Raposo & Godinho, 2005).

Como consequência do parco investimento, assistimos a um envelhecimento dos profissionais, precisando num futuro breve de **reforço** de novos clínicos para poder manter ou melhorar os serviços. Integrar profissionais com maiores competências – especialidades, é igualmente importante, oferecendo respostas diferenciadas mais céleres, direcionadas às necessidades, credibilizando os CSP (Papp et al., 2014; Uysal & Yorulmaz, 2020; Vachon et al., 2013). Da mesma forma o repensar e discutir de forma séria acerca das **funções dos médicos e enfermeiros** de família apresenta-se como uma oportunidade de reformular práticas, melhorando os serviços prestados, preparando-os, assim, para os desafios futuros (Papp et al., 2014). Na Suécia, por exemplo, foi demonstrado que a **triagem realizada pelo enfermeiro em CSP** (com tempo de experiência e devidamente treinado) reduzia o volume de consultas médicas deixando estes profissionais mais disponíveis para outras atividades. O encaminhamento era mais ágil e eficiente para outros profissionais e não havia impactos negativos na morbilidade, antes positivos na perceção de *empowerment* individual e dos cuidadores, por desempenharem papeis mais participativos e seguros no auto-cuidado (Göransson, Persson & Abelsson, 2020).

1.2. QUALIDADE PERCECIONADA

A Qualidade pode ser amplamente definida como a superioridade ou a excelência de um determinado produto ou serviço, um conceito em permanente evolução (Hesbeen, 1998; Zeithaml, 1988). Há, no entanto, que distinguir entre **qualidade objetiva e percecionada**. A qualidade objetiva é mensurável, replicável, traduz a diferenciação superior de algum produto ou serviço em relação a outro, ou uma forma de funcionar que se aproxime da perfeição, reportando para o conceito de "zero defeitos" ou conformidade para com a função de Crosby (Zeithaml, 1988). A qualidade percecionada é mais subjetiva, parte de um conjunto de valores pessoais e mutáveis do consumidor, sendo mais volúvel, influenciada por modas, influências e circunstâncias. Aparentemente a noção de qualidade é um produto cultural que se vai construindo desde a infância e moldando às experiências individuais (Sofaer & Firminger, 2005). Aproximar a qualidade objetiva da percecionada implica uma avaliação e posicionamento posterior dos provedores de produtos e serviços mais aproximada à opinião do cliente, mas também auscultar ambos a respeito dos construtos da própria qualidade (Papp et al., 2014; Vachon et al., 2013), o que é um exercício complexo.

Podemos explorar também as vertentes de **qualidade intrínseca e extrínseca**: A qualidade intrínseca refere-se à avaliação que o consumidor faz do produto ou serviço propriamente dito, a extrínseca, tem a ver com outros fatores, nomeadamente a influência da marca, do preço, da publicidade ou de formas de apresentação dos produtos (Zeithaml, 1988). Arsenault et al. (2020) identificam a oferta de mais serviços - mesmo que de baixo valor do ponto de vista do resultado, como importante na perceção de qualidade nas grávidas que procuram consultas pré-natal em vários países. Gage et al. (2018) e Papp (2014) referem que o cliente tende a valorizar mais os fatores ambientais e hoteleiros imediatistas relacionando-os com a qualidade, enquanto os prestadores direcionam para os recursos técnicos disponíveis. Papp (2014) acrescenta que esta diferença não se trata de disparidade, mas de complementaridade.

Zeithaml (2000) cita um estudo desenvolvido por Koska em 1990, onde se demonstra clara e forte relação entre a perceção de qualidade do atendimento percecionado pelos clientes no "The Hospital Corporation of América" e a **posição mais vantajosa** dos seus vários hospitais no que respeita aos lucros. No mesmo sentido Zahorik e Rust (1992 e 1993) defendem que a publicidade e qualidade têm efeito semelhante nos lucros, tendo algum efeito cumulativo (ainda que de desenvolvimento lento) nos clientes. Acrescentam que, tal como o preço dos serviços, a eficiência e imagem das empresas, o investimento publicitário não garantem retornos proporcionais e que a qualidade dos

serviços tem maior ligação com a **fidelização** dos clientes e com o impacto nos lucros que qualquer outra variável (Zeithaml, 2000; Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996). Recentemente outros estudos demonstram que o **setor privado da saúde** se tornou mais sustentável e lucrativo que o público, porque utiliza a qualidade como motor da satisfação e isso capta mais clientes (Anabila, Kumi&Anome, 2019; Asnawi, Awang, Afthanorhanm, Mahamad & Karim, 2019; Calero & Gallarza, 2018).

Qualidade é também a capacidade de as organizações implementarem medidas de **mitigação-resolução dos problemas** internos e moverem esforços no sentido de responderem às necessidades e expectativas dos clientes (Andrade et al., 2019). Também pelo ponto de vista do cliente, a incapacidade na resolução de um problema interno da organização, altera a perceção de desempenho, qualidade e intenção de permanecer junto do prestador de serviços (Ramsaran-Fowdar, 2013; Zeithaml et al., 1996). Drucker sintetiza que o verdadeiro teste não é a capacidade de resolver todos os problemas, mas de **manter o funcionamento**, apesar deles (Drucker, 1990).

Zeithaml (1996) desenvolve o **investimento na qualidade** na vertente economicista, privilegiando o investimento na qualificação dos colaboradores melhor remunerados, porque eles captam também mais volume de negócio e colaboram com maior peso no construto de perceção favorável da organização. Opinião corroborada por Rodrigues, Queirós e Pires (2016) quando sintetizam que o sucesso dos profissionais é o sucesso da organização. Luazán (2010) sublinha que a qualidade depende de quem presta o serviço e da forma como o faz. Outros autores referem que para ir ao encontro das necessidades dos clientes devemos conhecê-las bem, e que oferecer muito para lá desse “extra” pode ser, além de um esforço organizacional desnecessário, mal interpretado e condicionar negativamente a perceção de qualidade pelo cliente (Martin & Henderson, 2004), por desvirtuar o objetivo e propósito do cliente na escolha do produto ou serviço.

Papp et al. (2014) descrevem que os **critérios de avaliação da qualidade dos CSP** entre Europeus são semelhantes. As principais diferenças residem na dificuldade em manter contacto contínuo com médico, a importância da competência dos enfermeiros e a aceitação do tempo de espera. No mesmo estudo, identificam como **principais moduladores** da qualidade em CSP: o acesso aos cuidados, a centralidade do cliente, identificação clara das áreas de competência dos diferentes profissionais e a coordenação dos cuidados. Gage et al. (2018) referem que a qualidade dos serviços prestados em CSP está relacionada com a sua escolha na sua utilização, com impacto nos ganhos em saúde das populações rurais, sendo esta relação nas populações

urbanas menos clara. Qualidade em CSP implicará sempre as vertentes cliente, profissionais e gestão, já a acessibilidade tem como premissa o compromisso entre todos estes intervenientes (Mendes, Mantovani, Gemito & Lopes, 2013).

Têm sido dados passos importantes no estabelecimento de indicadores, que introduzem novas práticas de controlo da qualidade, com impacto nos serviços prestados. Contudo persistem algumas dificuldades no estabelecimento de **indicadores de qualidade** em CSP, nomeadamente nas áreas da ética, humanismo e estabelecimento de prioridades na prática profissional diária, como referem Arvidsson, Dijkstra e Klemenc-Ketiš (2019). Não menos importantes, têm sido desenvolvidos projetos que visam o **pagamento pela qualidade**, que remunera melhor as organizações e/ou profissionais que têm desempenhos qualitativamente superiores (Arvidsson et al., 2019; Tabrizi, Farahbakhsh, Iezadi & Ahari, 2017). Alguns projetos têm em conta as necessidades de saúde (morbilidades) e o sucesso do seu controlo é base para incentivos aos profissionais (Oliver-Baxter, Brown & Dawda, 2017). Contudo, outros estudos recomendam prudência nesta metodologia, referindo que o pagamento por desempenho aumenta-o apenas em 5% e que os ganhos têm mais a ver com o processo, do que com o resultado. Em **Portugal** já se encontra bibliografia que reporta ao sistema de incentivos em USF recomendando repensar as realidades contratuais, epidemiológicas e populacionais em constante mudança (Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos & Reis, 2017).

Relativamente às **perceções dos enfermeiros sobre a qualidade**, estudos apontam no sentido que estes sobre estimam a importância da confiança, empatia, competência, observação pelos próprios, quando comparadas com as perceções dos clientes (Hesbeen, 1998; Sofaer & Firminger, 2005). Já os clientes valorizam como principais indicadores da qualidade dos enfermeiros a habilidade, a disponibilidade de materiais necessários aos cuidados, o cumprimento dos horários de administração terapêutica e a disponibilidade de estar onde e quando o cliente considera necessário (Sofaer & Firminger, 2005). Em **CSP** os clientes tendem a valorizar mais o tempo que permanecem com o enfermeiro de família (ou similar), associando o tempo de consulta ao volume de informação promotora da saúde recebida; à função de “advogado do doente”, enquanto facilitadores do acesso ao médico e ao cuidado individualizado, pessoal e informado da situação pessoal e familiar – construído ao longo do tempo (Nygren Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2014). Outros autores referem que a perceção dos clientes acerca das organizações, depende grandemente da **perceção de qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros**, já que permanecem mais tempo com os clientes e intervêm em inúmeros aspetos do contacto com o cliente

(Tamilselvi & Reghunath, 2014). Neste estudo, a perceção de qualidade dos cuidados de enfermagem era adequada ou boa em 80% dos inquiridos em contexto hospitalar, sendo a dimensão avaliada com o *score* mais baixo a que se relacionava com a comunicação e explicação acerca dos cuidados (32%) e o mais elevado (70%) com a dimensão do cuidar. Resultados obtidos por Grol et al. (2000), a respeito dos médicos de família, em 10 países Europeus, salientam como principais pontos fortes a capacidade de escuta dos clientes, resposta atempada e ágil a problemas urgentes. Nos pontos menos positivos, salientam o tempo de espera, a dificuldade de contacto telefónico e a falta de oferta de serviços preventivos, opinião corroborada por Konerding et al. (2020). Hudson Smith e Smith (2018) referem que a **relação entre clientes e enfermeiros** ou médicos é bastante diferente, no entanto parece consensual que o tempo e qualidade da relação entre prestador e cliente determina a perceção da qualidade do serviço em saúde (Kim, Bae & Lee, 2017; Papanikolaou & Zygiaris, 2014; Chang, Chen & Lan, 2013; Li, Chen & Khan, 2021; Liu et al.,2021). McCalman et al. (2018) salienta que apenas 10 a 20% dos **ganhos em saúde** são influenciados pelos serviços ou intervenções em saúde, mas que o restante está relacionado com fatores sociais e culturais, pelo que não devem ser descurados em qualquer planeamento. Tal como preconizado no Plano Nacional de Saúde ainda vigente, zelar pela qualidade é um dever moral, que colabora na equidade, acesso, segurança e adequação dos cuidados aos cidadãos (Direção Geral de Saude, 2015).

1.3. REPUTAÇÃO PERCECIONADA

Reputação é uma perceção construída ao longo do tempo, por comparação pelos *stakeholders*, baseada em desempenho económico, visibilidade pelo mercado (clientes e concorrentes), risco inerente à utilização, dimensão da implantação no mercado e metodologia de gestão. Assim, a reputação de uma organização é um fator importante no mercado concorrencial, uma vez que traduz opinião de terceiros e pode determinar a escolha de um prestador em detrimento de outro (Eberle, Milan, Boschetti & Reis, 2015). A mesma autora cita um estudo de Walsh, Dinnie e Wiedmann (2006) que associam a reputação aos **custos** dos serviços (correlação positiva) e à perceção de **risco** (correlação negativa).

Bartikowski, Walsh e Beatty (2011) desenvolveram estudos sobre reputação das organizações e a lealdade dos clientes para com elas, em três países diferentes. Obteve resultados semelhantes quanto à reputação das organizações percecionada pelos clientes e o seu efeito na lealdade para com elas, nas vertentes **afetiva e intencional**. Este achado indica que construção de imagem de marca, associada à reputação organizacional, pode e deve ser desenvolvida por parte da gestão, como promotores da lealdade dos clientes. Outros autores estudam a identidade organizacional e comparam com a imagem dos clientes (imagens interna e externa, respetivamente) e encontram diferenças, apurando melhores resultados no vetor cliente (Davies, Chun & Kamins, 2010).

No setor da **saúde**, a reputação de uma organização é fortemente influenciada pelos prestadores de serviços (Rodrigues et al., 2016). Autores como Peter Drucker defendem até que todas as organizações devem desenvolver algumas "**estrelas**" que sejam ímanes de clientes e colaborem no desenvolvimento da perceção de competência e eficiência organizacional (Drucker, 1990). Estudos demonstram que os clientes estão dispostos a ultrapassar enormes barreiras de acesso (distância, custos, tempo de espera) para serem atendidos por pessoas com maior reputação em determinadas áreas de cuidados de saúde, estando a reputação diretamente relacionada com a perceção de qualidade (Ager & Pepper, 2005). Neste contexto pode ser interessante desenvolver algumas estratégias de **marketing social** que modelem a perceção de valor das Organizações e pesem na escolha do consumidor (Meira Sagaz & Lucietto, 2016). O **marketing pessoal** também pode ser usado numa perspetiva de atrair e desenvolver relações interpessoais, enfatizando as competências e habilidades profissionais por parte dos clientes (Gentil, 2009). Nenhuma destas abordagens se deve sobrepor às competências técnicas e científicas, antes serem mobilizadas como

interações que melhoram as perceções de qualidade, satisfação e valor pelos clientes (Gentil, 2009).

A **imagem** de uma organização prestadora de cuidados de saúde é construída pelas perceções dos clientes que a utilizaram. Estes autores avaliaram a imagem do prestador de serviços de saúde, demonstrando que ela exerce maior influência na satisfação do cliente do que na lealdade para com a Organização (Asnawi et al., 2019).

Em relação aos **CSP**, os profissionais referem que uma das competências principais dos profissionais é a capacidade de explicar aos clientes a sua situação de saúde, envolvê-los no processo terapêutico e resolver-lhes os problemas, em suma, dedicar tempo com qualidade a cada um. Por parte dos utentes e médicos, é frisada a importância dos **Enfermeiros** em CSP, ainda que no estudo o seu papel variasse bastante, sendo a Finlândia o país onde a figura do Enfermeiro em CSP era mais valorizada (Papp et al., 2014).

1.4. VALOR PERCECIONADO

Valor e qualidade têm o mesmo construto, nomeadamente, no que respeita aos conceitos de utilidade e perceção de ganho adquirido (Camarinha, Kramer Costa & Amâncio-Vieira, 2013; Guo, Xiao & Tang, 2009; Zeithaml, 1988), mas também de eficiência e produtividade (Lindgren & Althin, 2021).

O **valor percecionado** é intrinsecamente pessoal e depende de vários fatores, tendo sido descritos o preço, a correspondência às expectativas, o que se ganha para o que se dá em troca, a qualidade que se obtém para o valor que se paga (Parasuraman & Grewal, 2000; Toledo & Moretti, 2016; Zeithaml, 1988).

Para Porter, **valor** pode definir-se como o que o cliente se dispõe a pagar pelo que recebe em troca e a **cadeia de valor** enquanto conjunto de processos ou funções. Em cada um deles as empresas devem somar ou agregar valor, beneficiando o produto, tornando-o melhor para o cliente e obtendo para elas próprias melhor desempenho, que inclui o benefício económico (MacStravic, 1999). Anderson, Narus e Rossum (2017) desenvolve três tipos de **proposta de valor** para captar e reter clientes na base do valor da oferta: todos os benefícios (daquela escolha em relação às outras), pontos de divergência favoráveis (o que torna mais vantajosa em relação à segunda melhor oferta) e foco impactante (conhecer bem as restantes ofertas e propor algo que, por comparação, torne a oferta apetecível ao cliente).

Zeithaml (1988) refere que os estudos sobre valor **pressupõem uma reflexão** e avaliação prévia dos seus determinantes, ou um contacto prévio com o produto/serviço de onde se desenvolve uma perceção, preferência e relação cognitivo-afetiva, tendo por base a comparação (Sánchez-Fernández & Iniesta-Bonillo, 2007).

A **perceção de valor** pode ser modelada, partindo dos determinantes que o influenciam. A redução dos custos monetários, mas principalmente os **custos não monetários** associados à transação, como o tempo, o esforço ou o sacrifício associado, pode acrescentar valor aos produtos e serviços (Zeithaml, 1988). Outro estudo demonstra que a **redução do custo** monetário do serviço, ainda que comprometa alguma qualidade na oferta, o torna mais apetecível e produz impacto positivo na satisfação

percecionada pelos clientes e valor (Caruana et al., 2000). Esta opção é perigosa para os prestadores de cuidados, onde o valor tem necessariamente que ter em conta os resultados obtidos pelas intervenções implementadas, sob pena de oferecer ao cliente soluções despojadas de valor ou que não sejam as mais específicas/adequadas para si (Bernardo, 2018). Prestadores e clientes devem ser convidados a intervir, operacionalmente ou por sugestões de melhoria, nos processos, visando a aproximação às expectativas dos clientes e dessa forma, agregarem valor a toda a cadeia, obtendo melhor desempenho organizacional, compromisso dos profissionais e satisfação dos clientes, promovendo a lealdade (Eberle et al., 2015; MacStravic, 1999; Martin & Henderson, 2004; Rust, Moorman& Bhalla, 2017).

No setor da **saúde,** o valor percecionado pelo cliente resulta da conjugação de várias dimensões: resulta do juízo entre a qualidade dos serviços e os resultados obtidos, em comparação ao investimento realizado – valor de aquisição; do benefício adicional que reconhece no custo – valor de transação; do binómio eficácia e eficiência de um prestador do mesmo serviço em detrimento dos concorrentes – Valor de eficiência; das condições hoteleiras diferenciadoras – valor estético; da qualidade das relações interpessoais e familiares estabelecidas nas interações terapêuticas – Valor social; ou do sentimento de ter realizado a melhor escolha e dela ter adquirido a melhor-valia possível – valor de auto-gratificação (Chahal & Kumari, 2011a). Ashok e Cumbs (2015) citam um estudo onde se estima que nos EUA terão sido gastos, apenas no ano de 2011, entre 158 e 226 mil milhões de dólares na prestação de cuidados de saúde que não eram necessários, sendo que 42% dos médicos assumem práticas de baixo valor, como por exemplo a realização de RX tórax nos procedimentos pré-cirúrgicos. Estas implicam sempre um custo e não agregam significado qualitativo nem vantagem (valor), mas são aceites pelos clientes e algumas até solicitadas por eles (Ingvarsson et al., 2020). Estas práticas são transversalmente idênticas a todo o tipo de clientes - privado, público, seguros, subsistemas (Charlesworth, Meath, Schwatz & McConnell, 2016).

Leal (2019) desenvolve o conceito de ***value based heathcare,*** como o rácio dos resultados com impacto na qualidade de vida dos clientes e os custos associados ao ciclo de tratamentos. Assim, parte dos indicadores são estabelecidos pelos clientes (através do PROMs – *patient reported outcomes mesures*), os restantes pelos clínicos e gestores (nomeadamente os custos e efetividade dos processos).

Vários autores referem que os clientes dos serviços de saúde esperam novas **abordagens dos profissionais**, mais atuais e integradas, que ofereçam novas perspetivas de valor associado aos cuidados (Drucker, 1990; Elrod & Fortenberry,

2018), em especial as que se relacionam competências comunicacionais (Elrod & Fortenberry, 2018). Novas formas de trabalho que tenham por base o **incremento de valor nos cuidados** são descritas e amplamente estudadas em grandes mercados, como os EUA, sendo usadas como forma de monitorização das boas práticas e financiamento, ainda que os resultados espelhem uma primeira análise deste modelo (Ganguli, Morden, Yang, Crawford & Colla, 2021; O'Brien, Edge & Clark, 2016). Previsivelmente, os resultados que já permitem identificar o que são cuidados de alto valor e desempenhos de alta performance serviram para justificar financiamento ainda mais direcionado para o que são "boas práticas" e consequente dissuasão das que representam baixo valor para profissionais e utentes (Fiscella, Sanders & Carroll, 2021; Kelly & Rusz, 2017).

Cada vez mais os clientes procuram obter informações detalhadas sobre a sua condição de saúde para poderem escolher as melhores opções terapêuticas, assumindo controlo diferente do que verificávamos anteriormente (Buccoliero, Bellio, Mazzola & Solinas, 2016; Enthoven & Tollen, 2005). Estas também desenvolvem a **literacia** em saúde, um elemento essencial à perceção da sua situação de saúde e ao *empowerment* necessário para os prestadores passarem a contar com aliados em vez de meros clientes (Abelsson, Morténius, Bergman & Karlsson, 2020; OMS, 2008; Rodrigues et al., 2017). Formas de relação diferentes, baseadas em comunicação digital e plataformas multicanal (vários intervenientes acedendo simultaneamente a informação e cooperando entre si, com moderação do cliente) são valorizadas como diferenciadoras no presente e absolutamente imprescindíveis num futuro breve, não só nos segmentos mais jovens, mas de forma cada vez mais ampla (Buccoliero et al., 2016). A qualidade das relações estabelecidas é, em parte, a qualidade da comunicação que estabelecem, pelo que deve ser alvo da maior atenção por parte dos prestadores, construindo relações. Rust et al., 2017; Ferreira, 2012; Frederico-Ferreira & Silva, 2012) referem a necessidade de capacitar mais os **enfermeiros**, em especial os gestores, para que fomentem a qualidade nos cuidados prestados e inerentemente, elevem a qualidade das organizações.

Outros autores desenvolvem o conceito de **confiança** associado ao valor percecionado (Hur, Nam&Carvalho, 2014; Leisen & Hyman, 2004; Sirdeshmukh, Singh & Sabol, 2002). Sirdeshmukh et al. (2002), defende que a confiança enquanto percursor do valor percecionado, uma vez que explora o benefício da interação entre prestador e cliente, desenvolve o comprometimento para com a organização, reduzindo os níveis de incerteza e alinhando as expectativas; na mesma linha Leisen e Hyman (2004) comprovam que a confiança está diretamente relacionada com a perceção de

competência dos médicos em CSP. A confiança é fundamental em áreas onde existe a possibilidade de comportamentos oportunistas e indesejáveis; mas também onde a assimetria de informação e risco nas transações e resultados são reais (Astuti & Nagase, 2014; Kim, Min & Lee, 2011), como a saúde. A lealdade surge como consequência da criação de valor, precedida pela confiança (Chahal & Kumari, 2011b; Sirdeshmukh et al., 2002), colaborando no desenvolvimento da lealdade (Abelsson et al., 2020; Hur et al., 2014).

1.5. CUSTOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS

Os CSP devem organizar-se no sentido de **medir, avaliar e demonstrar valor**, abandonando o paradigma de subestimados e subvalorizados, conquistando pela reorganização centrada na avaliação do valor, o respeito e investimento necessários (Porter et al., 2013). Caberá aos gestores em CSP assegurar, não só a implementação do processo, estudar processos tornando-os mais eficientes, mas também tornar os CSP numa oferta assistencial atrativo e concorrencialmente interessante, de modo a captar e reter clientes tendo como premissa o valor da sua oferta (Toledo & Moretti, 2016)

Para Zeithaml (1988) o valor atribuído pelo consumidor depende da sua avaliação de utilidade baseada em benefícios e sacrifícios (Chahal & Kumari, 2011a).

No setor **saúde, os benefícios** percecionados pelo cliente, resultam da qualidade percecionada dos serviços e profissionais e do valor atribuído nas várias vertentes que condicionam a escolha. (Chahal & Kumari, 2011a).

Os **sacrifícios** que o cliente se dispõe a aceitar não se reportam apenas a custos financeiros, mas incluem também os custos não monetários. Estes reportam a dimensões como o tempo despendido, o desgaste físico e mental relacionados com a acessibilidade e a perceção de qualidade nessa transação (Chahal & Kumari, 2011a; MacMillan, Money, Downing & Hillenbrand, 2005). Do ponto de vista do cliente de CSP, a previsibilidade dos custos a pagar relativos aos cuidados recebidos são importantes para 91% dos clientes, contribuindo esta transparência para melhores experiências (Carlasare, 2018). Há custos financeiros também associados ao tempo de espera, custos de transporte e/ou estacionamento, dias de trabalho perdidos, mas também despesas com exames complementares de diagnóstico prescritos ou medicação.

Está demonstrada em inúmeros estudos a relação entre o custo e a qualidade percecionada pelo cliente, ainda que de formas e intensidades diferentes consoante os produtos em análise (Zeithaml, 1988). Hesbeen (1998) defende uma abordagem contínua e sistemática da qualidade, baseada nas melhores evidências científicas, que reduzam a despesa e o desperdício, em tempo oportuno, em todas as intervenções, tendo o cliente como foco e a oferta dos serviços certos para as necessidades individuais. Alguns estudos, como o de Lacey (2012) citado por Eberle demonstra uma relação entre os custos de aquisição dos serviços e a **retenção/lealdade** dos clientes. Também no setor saúde a intensidade não se estabelece numa correlação simples, mas influenciada pelo nível de envolvimento estabelecido entre clientes e os serviços prestados (Eberle et al., 2015).

Os custos associados à saúde, especialmente em países cujo modelo de financiamento é, eminentemente, *Behaviorista* – o Estado suporta as despesas de saúde e todos os cidadãos têm acesso "equitativo" aos serviços disponíveis; é difícil de estimar. A distribuição orçamental não tem critérios bem definidos, o que limita bastante a identificação do destino do financiamento, sem controlo o planeamento, monitorização e avaliação do impacto são ainda mais complexos (Gorman, 2018).

A **despesa das famílias** com planos de saúde na América era de 9% do seu rendimento bruto na década de 80, duplicando em 2008 e passando a um volume estimado de 21% em 2021. Tootelian cita estudos onde o consumo em serviços de saúde vai continuar a crescer em procura, mas também diversidade, imputando uma responsabilidade acrescida ao consumidor na escolha e à indústria na oferta que corresponda às expectativas, necessidades e capacidade financeira dos seus clientes (Tootelian et al., 2016). Também na **Europa** o setor saúde tem vindo a crescer, mas na prevê-se desaceleração entre 2016-2021 (Inglaterra e Alemanha em contracorrente), estimando-se que represente em 2021 o valor de 2,010.6 biliões de dólares, com crescimento anual médio de 2,3%. Os serviços mais lucrativos continuam a ser os que pressupõem internamento e o país que mais investe em saúde a Alemanha, com 22% do orçamento total disponibilizado para a saúde do espaço Europeu, Espanha apenas com 6,3% (MarketLine, 2017). A complexidade introduzida pela situação pandémica em Portugal a partir de 2020 poderá ter revertido a tendência de desaceleração da procura de serviços de saúde.

Braun e Centeno (2018) referem a existência de **seguros de adesão automática**, baseados no modelo *Beveredgiano*, em que o Estado financia instalações, prestadores e recursos necessários, através dos impostos; os de **adesão obrigatória**: modelo *Bismarkiano*, em que o Estado define e regula o funcionamento, mas permite que operem vários prestadores de acordo com regras de mercado, sendo que a subscrição é obrigatória. Existem também os seguros de **adesão voluntária**, em que os clientes escolhem os prestadores de acordo com as suas preferências e avaliação das necessidades de consumo; e a classificação "**não segurado**", que abrange os locais onde existiria uma adesão automática, mas que funciona de forma imperfeita. Tal como já referido, os seguros e subsistemas de saúde partilham o risco associado à incerteza dos cuidados de saúde entre setores público e privado (Braun & Centeno 2018) e isso contribui de forma determinante para os custos imputados aos clientes. Por outro lado, a diversidade de serviços oferecidos a nível privado e o acesso facilitado (não só acesso, mas custo), fomentam a utilização mais intensiva dos mesmos (Moreira &

Barros 2009), podendo contribuir para desinvestimento público em algumas áreas (Pascoal & Silva 2009).

1.6. SATISFAÇÃO PERCECIONADA

Zain (et al., 2016) define **satisfação** como um sentimento de recompensa emocional de resposta a uma experiência positiva, quando avaliados os resultados obtidos e os custos ou consequências expectáveis. Para Uysal e Yorulmaz (2020) a satisfação dos clientes em saúde é um dos resultados mais importantes, para o qual concorrem **fatores** como a qualificação dos profissionais (em especial médicos e enfermeiros), a estrutura física da organização, limpeza, a capacidade de agilizar procedimentos burocráticos, comportamentos dos profissionais e tempo de espera, opinião coincidente com Buccoliero (2016). Para outros autores, na Europa a satisfação está intrinsecamente relacionada com a facilidade de acesso aos prestadores de cuidados, em especial médicos. Resultados paradoxais foram encontrados em Espanha e França, onde apesar do acesso aos médicos não ser fácil, os clientes tinham para com eles elevados níveis de satisfação (Kroneman, Maarse & Zee, 2006). Em **Portugal** descreveu-se correlação entre satisfação e taxa de utilização dos serviços, efetividade do tratamento e com o estado de saúde (Santos et al., 2007).

Providenciar serviços de qualidade oferece experiências agradáveis e promovem simultaneamente a **satisfação, a lealdade e adesão** do cliente ao projeto terapêutico (Shemwell, Yavas&Bilgin, 1998; Uysal &Yorulmaz, 2020); mas construções positivas de satisfação percecionada quanto a serviços, não é garantia de lealdade para com eles, cabendo aos prestadores posicionar o cliente no foco da decisão, capacitá-lo das competências de *empowerment* e acompanhá-lo ao longo do tempo (Guo et al., 2009). Outros autores referem que a satisfação é mais fortemente influenciada pelo **valor** percebido, do que pela qualidade percecionada (Samudro, Sumarwan, Simanjuntak & Yusuf, 2020). Parece, no entanto, haver limiares que afetam a **satisfação e a lealdade** para com determinado prestador de serviços: Quando a satisfação supera um certo limiar, a lealdade relativa à reaquisição dos serviços sobe rapidamente (Gemme, 1997).

O reverso também existe: Quando a satisfação baixa de um determinado limiar, a lealdade dos clientes diminui igualmente rápido. No entanto, entre nesses limites, a lealdade era relativamente plana (Zeithaml et al., 1996).

Sofaer e Firminger (2005) referem que a satisfação em saúde não é só uma avaliação do cuidado prestado, mas uma construção profundamente relacionada com a **qualidade** do serviço prestado e com as **expectativas** (confirmação das positivas ou desconfirmação das negativas), elas próprias, produto de experiências anteriores, ou, de acordo com Eren (2020), ajustadas às diferenças individuais. Para Chahal e Kumari (2011a) a satisfação é o equilíbrio positivo entre a expectativa do valor que o cliente

deseja receber e a quantidade que recebe de valor, relativo a produtos, serviços adquiridos. No entanto, outro estudo revela que a ligação entre **qualidade e satisfação** não é assim tão linear: ainda que os clientes reconheçam qualidade nos serviços de saúde prestados, a satisfação não a acompanha de forma proporcional, evoluindo mais lentamente (Caruana et al., 2000).

Em **CSP** a satisfação global dos clientes foi avaliada por Astuti et al. (2017) e rondava os 81%, em grande parte explicado pelo facto da qualidade do serviço ter correspondido às suas expectativas. Outros autores referem a melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevida como as principais vantagens da utilização dos CSP (Mold, Lawler, Schauf & Aspy, 2012). Foi também avaliada, comparativamente, a satisfação entre utilizadores de serviços de saúde hospitalares e CSP, com 74,7% e 81,3% respetivamente (Arsenault et al., 2020). A nível europeu, o país com maior satisfação para com os CSP foi a Suíça com 93% e o país com valor mais baixo foi Inglaterra com 82,1% (Goetz et al., 2019); havendo ligeiras diferenças na satisfação dos clientes para com prestadores públicos e privados, sendo os segundos melhor avaliados quanto à abordagem dos profissionais e qualidade das instalações (Setyawan, Supriyanto, Ernawaty & Lestari, 2020; Andersson, Eriksson & Müllern 2021; Adhikary et al., 2018).

Em **Portugal** a aplicação do questionário de satisfação **EUROPEP** (avaliação global da satisfação para com organização) evidenciou grandes disparidades na satisfação dos clientes de CSP. Estes resultados, de acordo com Ferreira et al.(2005), podem significar inequidades de acesso aos serviços, problema que se prende mais com modelo funcional de gestão e de organização, do que qualquer forma de financiamento (Ferreira et al., 2005). Além das assimetrias no acesso, há o volume de cuidados e o seu peso no volume orçamental da saúde. Nos países ocidentais 10% da população usa, em média, 70% dos recursos totais de saúde (Hesbeen, 1998). Outro estudo, realizado pela de Contratualização da **ARSLVT** em 1999 concluiu que 87% dos inquiridos **em cuidados continuados** estavam satisfeitos com os cuidados recebidos e que mais de 50% dos inquiridos que receberam cuidados em domicílio tinham melhorado a sua qualidade de vida após os cuidados que lhes são prestados (Correia, Dias, Coelho & Vitorino, 2003). Neste sentido, e percebendo a importância da satisfação nos resultados de saúde obtidos, é importante perceber o comportamento de procura, intenção de reutilização e recomendação dos serviços.

1.7. RECOMENDAÇÃO E LEALDADE

A lealdade de um cliente perante um bem ou serviço é, geralmente, acompanhada de recomendação. Quer uma, quer outra, são precedidas de uma experiência prévia satisfatória, que correspondeu quantitativa e qualitativamente às expectativas e geraram intenção de repetição da utilização/consumo do produto ou serviço (Astuti & Nagase, 2014; Chahal&Kumari, 2011a; Uysal & Yorulmaz, 2020). Falamos de lealdade quando os clientes têm opção de escolher um serviço alternativo e não o fazem e, de forma mais ou menos consciente, desenvolvem laços com o prestador dos serviços, tornando-o preferencial (Eberle et al., 2015; Ramsaran-Fowdar, 2013; van Lierop & El-Geneidy, 2016)), ou reconhecem valor acrescido no prestador de cuidados, mantendo-o (Astuti & Nagase, 2014).

Lealdade pode ser definida como um compromisso do consumidor em adquirir/consumir de forma consistente e repetitiva um determinado produto/serviço ou marca, conferindo alguma imunidade ao ambiente e marketing introduzido por concorrentes (Zhou, Wan, Liu, Fenf & Shang, 2017). Os autores definem que a concorrência na área da saúde é tão mais forte, consoante o rendimento disponível pelos clientes, citando as economias emergentes como áreas de grande crescimento da saúde, enquanto negócio.

Numa revisão integrativa, Zhou identificou **oito determinantes da lealdade** em consumidores em serviços de saúde: satisfação, qualidade, valor, imagem da marca do hospital, confiança, comprometimento, comportamento da cidadania organizacional e reclamações do cliente (Zhou et al., 2017).

Em mercados pautados pela competição, o foco deve ser direcionado para a maximização do valor da longevidade do cliente (Astuti et al., 2018; Rust et al., 2017). Cultivar teias de comunidade é uma forma de estabelecer relações interpessoais entre elementos próximos ou com algum tipo de afinidade e ligá-los através de um bem ou serviço que sirva as suas necessidades. Os grupos que se demonstram mais fortes são os pautados mais pelo conflito do que pelo amor (a união dos diferentes membros é mais forte pelo contraste e limites, do que pela afinidade), assim cada elemento tem um papel e colabora de formas diferentes para a coesão do grupo (Fournier & Lee, 2017).

Autores que investigaram a **lealdade e recomendação**, como Zeithaml, Beery e Parasauman (1996), referem que o elogio dos serviços, a preferência de determinado prestador em detrimento de outro, ou alguma tolerância acrescida relativamente ao custo pelo qual o serviço é prestado, são indicadores de qualidade e intenção comportamental do cliente no sentido de aprofundar vínculos com o prestador dos

serviços, opinião testemunhada também por Ganesh, Arnold & Reynolds (2000); Bee (2013) e Yaya et al. (2017). No contexto dos **serviços de saúde** o panorama não é diferente, sendo a intenção voluntária de alterar de prestador de serviços superior nos clientes que fazem reclamação dos serviços prestados em comparação com os que não reclamam (Zeithaml et al., 1996; Shemwell et al. 1998). Outras autoras referem que a **insatisfação** para com os prestadores de serviços de saúde traz pelo menos uma das atitudes: mudar de prestador de serviços, reclamar ou discutir com outras pessoas a experiência negativa, dissuadindo-os a utilizarem esse prestador (Astuti & Nagase, 2014). Gemme (1997) refere que um cliente satisfeito publicita os serviços de saúde a cinco pessoas, enquanto um cliente insatisfeito a vinte pessoas, sendo que 90% dos clientes tiveram em conta a opinião de terceiros na sua escolha e 40% dos clientes satisfeitos usam mais que um tipo de serviços dentro da mesma organização.

A lealdade em saúde é especialmente complexa: **Para o prestador de serviços de saúde**, clientes leais representam tesouraria, acordos mais benéficos com terceiros pagadores (como seguros ou subsistemas), melhores resultados individuais e coletivos do desempenho dos profissionais e publicidade boca-a-boca – a forma mais eficaz e barata para captação de novos clientes (Zeithaml, 2000; Zeithaml et al., 1996; Zhou et al., 2017). **Para o cliente** a lealdade representa acesso privilegiado e continuado, conhecimento pessoal dos profissionais, benefícios adaptados às necessidades com maiores vantagens e melhores resultados de saúde (Zhou et al., 2017). A lealdade e recomendação desses serviços a terceiros depende do produto das perceções de satisfação e qualidade (Eren, 2020), sendo que a nível europeu entre 70 a 92% dos clientes de CSP considerariam recomendar o seu médico assistente (de família), baseados na boa relação estabelecida e com elevado nível de satisfação (Goetz et al., 2019; Kijima et al., 2021; Mendes et al., 2013), mas também com rapidez na resposta (Frengidou & Galanis, 2020). Também a **tipologia de consulta** utilizada tem influência: para generalistas e dentistas foi demonstrada relação entre a satisfação e intenção de permanecer com o prestador, mas quanto mais especializado é o serviço, menor parece ser a influência da satisfação do cliente na lealdade (Astuti & Nagase, 2014).

A lealdade dos consumidores existentes é essencial à obtenção de resultados, estima-se que empresas com clientes estáveis obtenham mais lucros que as restantes na ordem dos 25 aos 85% (Zeithaml et al., 1996). Mas no setor saúde a **lealdade tem características diferentes** que se prendem com a gravidade das consequências que podem advir dos cuidados, da sua ausência, ou da própria evolução da doença (Astuti & Nagase, 2014).

Entidades **privadas**, ou com posicionamento mais “agressivo” perante o seu mercado, trabalham com maior profundidade a lealdade dos seus clientes, havendo estudos que reportam perspetivas diferentes sobre qualidade e satisfação entre utilizadores de serviços de saúde públicos e privados, fruto de intervenções direcionadas, salientando uma correlação positiva com a lealdade (Ahmed, Tarique & Arif, 2017). Entidades prestadoras de cuidados de saúde com melhores retornos de lealdade (e/ou não abandono) conseguem também captar mais investimento, o que aumenta ainda mais a sua posição de vantagem (Calero & Gallarza, 2018). A **recomendação**, no entanto, parece paradoxal, havendo clientes que recomendam mais o privado por estarem mais satisfeitos e percecionem maior qualidade (Ahmed et al., 2017; Anabila et al., 2019; Shabbir, Malik & Malik, 2016); e outros em que a lealdade e recomendação pende mais para o público, onde se demonstrou maiores níveis de qualidade percecionada e menos satisfação com a qualidade do serviço (Eren, 2020; Özer, Başgöze & Karahan, 2017), achados que podem ter interpretação nos contextos culturais onde os estudos, muito semelhantes, foram realizados (Bangladesh, Gana, Paquistão versus Turquia).

Acrescenta-se que os privados tendem a utilizar mais intensamente questionários que avaliam o seu desempenho enquanto organização (**SERVQUAL**, por exemplo), prestando especial atenção a fatores menos tangíveis como empatia, sensação de segurança ou capacidade de resposta por parte dos colaboradores, que possam moldar a perceção de qualidade e satisfação, influenciando positivamente a lealdade para com profissionais e a organização (Anabila et al., 2019).

No que respeita aos prestadores de cuidados de saúde primários públicos, ou serviços de cariz promotor da saúde privados, parecem aplicar-se algumas regras elementares da **estratégia competitiva**: se ambos prestarem o mesmo serviço, reduzem mutuamente as probabilidades de sobrevivência num mercado concorrencial, pelo que as ofertas deverão ser complementares em vez de semelhantes, ou realizadas de formas diferentes, assumindo que também o setor onde operam tem recursos limitados (Carvalho & Laurindo, 2010). Esses mesmos autores referem que o **benchmarking** e **outsourcing** praticados aproximam concorrentes, minimizando as suas diferenças e não oferecendo diferenciação suficiente no produto final para que o cliente escolha, tornando o setor mais hostil para todos os prestadores de serviços. Ainda numa perspetiva de expansão de negócio, outros autores referem que o **franchising** no setor da saúde é possível e que existem experiências (nomeadamente com farmácias), mas que os estudos se focam em resultados financeiros e não existem ainda experiências organizacionais que traduzam resultados para os clientes e prestadores quanto a lealdade e eficiência suficientes, embora este modelo aparente ter maior aplicabilidade

em países com serviços de saúde economicamente mais robustos (Nijmeijer, Fabbricotti & Huijsman, 2014).

Clientes menos leais podem ser clientes insatisfeitos, mas também clientes que, tendo boa relação com os prestadores de serviços, deixam de os utilizar por fatores diversos, como mudança de residência, local de trabalho, entre outros, que os levam a procurar os mesmos serviços noutros prestadores, revelando elevada elasticidade e curiosidade quanto ao setor; da mesma forma, clientes leais podem ser clientes satisfeitos, ou que não pretendam procurar outros prestadores, ainda que não satisfeitos com o atual, revelando um comportamento de lealdade passivo e inerte (Ganesh et al., 2000). Outras autoras referem que a mudança de prestadores acarreta custos, maioritariamente não financeiros – os **custos de mudança**, que funcionam como contra forças e dos quais são exemplos o tempo de pesquisa, mudança propriamente dita, habituação, incerteza, perda de benefícios anteriores (em especial prémios de lealdade), e perda de vínculo com os profissionais com quem já se estabelecera relação (Liu, Guo & Lee, 2011). A Lealdade, mas principalmente o comportamento de mudança parecem estar relacionados com os denominados **gatilhos**, que são situações que despoletam a emergência na mudança, podem ser situacionais ou relacionais e afetam a perceção de valor dos produtos ou serviços, fundamentando a decisão (Gustafsson, Johnson & Roos, 2005).

Os estudos de White estudaram a lealdade sob outro ponto de vista, o da **incerteza da reutilização** dos serviços, o que tem interesse obvio para a saúde, já que transversalmente todos reconhecem o valor, mas ninguém pretende utilizar assiduamente. Esta autora refere como fatores de ponderação da lealdade, a flexibilidade percebida do abandono - liberdade/facilidade em deixar o serviço; e arrependimento - se depois de testar/repensar se considera não corresponder às expectativas (White, Lemon & Hogan, 2007).

Foram abordadas neste capítulo várias dimensões de avaliação da organização, com particular enfoque na avaliação de organizações de saúde, e dos cuidados de saúde primários. Procurou-se dar destaque a alguns fatores que a literatura tem evidenciado terem potencial para influenciar a escolha dos consumidores.

Assumindo a importância dos resultados da avaliação dos clientes na introdução de melhorias organizacionais que possam corresponder às suas expetativas, contribuindo para a sua satisfação, reconhecimento do valor produzido, lealdade e recomendação do serviço, procurou-se salientar resultados que avaliam a organização no geral e os serviços prestados por enfermeiros em particular.

Apresenta-se no próximo capítulo o desenho metodológico do estudo empírico realizado.

2- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1. TIPO DE ESTUDO

Este trabalho de investigação segue uma abordagem quantitativa, com desenho descritivo – correlacional e transversal. Quantitativo, porque se baseia em dados objetivos, colhidos através de escalas e tratados de forma estatística/matemática, passíveis de serem mensuráveis e calculados, extrapolados os resultados através de valores.

Descritivo-correlacional porque pretende explorar e descrever relações entre variáveis (Fortin, 1999, p.180). Transversal porque pretende avaliar características de grupos e associações entre variáveis num tempo limitado. Trata-se, segundo Fortin, de um estudo de nível II, uma vez que busca descobrir e descrever relações entre variáveis (1999, p.100).

Todos os trabalhos de investigação devem ter início numa inquietação, dúvida, ou necessidade de substanciar em dados objetivos algum conceito ou perceção, com implicações práticas. Os clientes são os melhores juízes das experiências de cuidados, mas a avaliação da qualidade e recomendação clínica suscita dúvidas quanto à adequação e precisão das avaliações (Mold et al., 2012).

De pouco serve investigar, se os resultados não forem voltados para a prática, introduzam formas de pensar diferentes, inovação, maior eficácia ou eficiência organizacional ou pessoal

Reconhecendo a importância da melhoria da qualidade e a exigência de se incorporarem os resultados da avaliação dos clientes nos projetos de melhoria (Andrade et al., 2019), pretende-se no presente estudo dar resposta à seguinte questão de Investigação:

Qual a perceção dos clientes das unidades de cuidados de saúde primários sobre a organização de saúde e sobre a consulta de enfermagem?

2.2. OBJETIVOS

O estudo pretende concretizar os seguintes objetivos:

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do “Evaluation System for Patients’ Assessment of Health Services” (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017);
- Descrever a avaliação dos clientes sobre a organização de saúde
- Descrever a avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem.

2.3. HIPÓTESES

Tendo por base a experiência enquanto enfermeira em CSP, admitimos que a avaliação realizada pelos utilizadores pode variar em função de algumas caraterísticas da sua experiência, nomeadamente o tipo de consulta utilizada, o tipo de unidade, a experiência de outros subsistemas de saúde. Assim, formulámos as seguintes hipóteses de estudo:

H1 – A avaliação dos clientes sobre a organização de saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – A avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem difere em função do tipo de unidade funcional.

H3 - Há diferenças na avaliação dos clientes sobre a organização de saúde e a consulta de enfermagem.

H4 - A avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada.

H5 - A avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

2.4. VARIÁVEIS

Apresenta-se neste subcapítulo o conceito da variável em estudo e forma como está operacionalizada.

2.4.1. Variáveis Dependentes

Definimos neste estudo as seguintes variáveis dependentes ou centrais:

Avaliação do cliente sobre a organização de saúde (ACOS).

Avaliação do cliente sobre a consulta de enfermagem (ACCE).

A variável "**avaliação dos clientes sobre a organização de saúde**" (**ACOS**) é uma variável multidimensional. Será utilizado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), versão em português do "Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services", criado e validado por Pevec e Pisnik (2017, 2018). O QAOS é constituído por 19 itens, pontuável numa escala de 1 a 7 e, de acordo com os seus autores, permite avaliar seis dimensões organizacionais: O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais; O2 - Reputação Geral da Organização e dos Profissionais; O3 - Valor percebido da Organização; O4 – Aspetos da Organização e custos da visita; O5 - Satisfação com o tratamento na Organização; O6 – Recomendações.

A variável ACOS será calculada através da média aritmética simples das pontuações obtidas nos seis campos de avaliação O1 a O6, tal como estabelecido por (Pevec&Pisnik, 2018).

Apresentamos no apêndice 1 o processo de tradução e a versão detalhada do questionário.

A variável "**avaliação do cliente sobre a consulta de enfermagem**" (**ACCE**) é uma variável multidimensional, que avalia a perceção dos clientes em 19 itens agrupados em 6 dimensões, sendo uma adaptação do QAOS à consulta de enfermagem.

A ACCE será obtido através da média aritmética simples das pontuações obtidas nas seis dimensões avaliadas.

2.4.2. Variáveis Independentes

No presente estudo consideram-se as seguintes variáveis independentes:

- Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários

- Consultas de enfermagem

- Utilização simultânea de outro subsistema de saúde

UNIDADES FUNCIONAIS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, estão organizados por agrupamentos de Centros de saúde e são compostos por várias Unidades Funcionais, de que destacamos as Unidade de Saúde Familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados. As primeiras são unidades operativas, com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. De acordo com o seu grau de maturidade e desenvolvimento são classificadas em 2 modelos (A, B).

A UCSP tem uma estrutura idêntica à da USF e também presta cuidados personalizados, garantindo a sua acessibilidade e continuidade. Não possuem autonomia funcional e seguem um modelo organizativo mais tradicional.

No presente estudo incluímos três tipos de Unidades Funcionais, constituídas por equipas médicas, de enfermagem e administrativas, que apesar de partilharem de uma mesma carteira básica de serviços, têm diferentes premissas organizacionais, maturidade e metodologia de controlo de eficiência (vigilância de indicadores de desempenho e qualidade):

- **Unidade de Saúde Familiar- USF Modelo A** - modelo que corresponde a uma fase inicial de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna.

- **Unidade de Saúde Familiar- USF Modelo B** - Modelo com nível mais elevado de amadurecimento organizacional e mais exigente no nível de contratualização interna; profissionais e organização auferem incentivos pelo seu desempenho assistencial e organizacional.

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP – preconiza-se um funcionamento semelhante ao das USF (modelo médico/enfermeiro de família), frequentemente difícil de implementar pela existência de utentes inscritos na Unidade sem atribuição de médico/enfermeiro, esporádicos, não utilizadores, entre outros.

A variável Unidade a que pertence, permite a identificação dos questionários quanto ao local onde os dados foram colhidos. Estão nominalmente listadas as três Unidades Funcionais onde se desenvolve o estudo: uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Familiar em modelo A e Unidade de Saúde Familiar em modelo B.

TIPOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

A oferta de cuidados de saúde prestados por enfermeiros (de família) em CSP é variada e tem por base o acompanhamento diferenciado ao longo do ciclo de vida dos utentes/ famílias a quem presta cuidados. A contratualização e a própria carteira básica de serviços nas Unidades em CSP espelham isso mesmo: diferentes objetivos para *clusters* com diferentes necessidades de saúde.

A segmentação de população em grupos com necessidades de saúde semelhantes e características relativamente homogéneas, pode facilitar o planeamento, intervenção e alocação de recursos para estes segmentos. Além dos recursos permite uma oferta baseada em criação de valor de cuidados para estes grupos (Low et al., 2017). Em sede de contratualização, estão definidas as seguintes tipologias de consulta de enfermagem:

- Consulta de Saúde Infantil no primeiro ano de vida;
- Consulta de Saúde Infantil no segundo ano de vida;
- Consulta de Saúde Infantojuvenil;
- Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, rastreio cancro colo útero, saúde materna e puerpério);
- Saúde do adulto/idoso (sala de tratamentos, vacinação adulto, consultas de diabetes, hipertensão arterial e hipocoagulação);
- Dependentes (clientes que pelas suas limitações de mobilidade recebem todos os cuidados de saúde-preventivos e curativos - em contexto domiciliário; e respetivos cuidadores).

A Tabela 1 pretende identificar os indicadores contratualizados em cada um dos segmentos de amostra estabelecidos para este estudo, demonstrando-os como caracterizadores de cada grupo:

Tabela 1 – Indicadores contratualizados por cada segmento de amostra

Segmento/ **Consulta de Enfermagem**	**Indicadores Contratualizados**
Consulta de Saúde Infantil no primeiro ano de vida	• Teste do Pezinho; • Visita Domiciliária ao Recém-Nascido; • PNV (vacinas 2, 4, 6 meses); • 2 Avaliações Desenvolvimento (segundo Modelo Mary Sheridan modificado); • 6 Consultas Enfermagem 0-11M
Consulta de Saúde Infantil no segundo ano de vida	• PNV (vacinas 12 e 18 meses); • 3 Consultas Enfermagem 12-23 M; • 1 Avaliação Desenvolvimento (segundo Modelo Mary Sheridan modificado);
Consulta de Saúde Infanto-juvenil (entre os dois e os 18 anos)	• PNV (5 e 10 anos); • Exame Global de Saúde (5-6 anos); • Exame Global de Saúde (10-13 anos); • 2 Avaliações de Desenvolvimento; • Consulta anual
Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, rastreio cancro colo útero, saúde materna e puerpério)	• PNV; • Consulta Anual de PF 25-54 Anos; • Registo Contraceção 15-50 anos; • 6 Consultas da Gravidez (antes das 12 semanas e inclui Rev. Puerpério)
Saúde do adulto/idoso (sala de tratamentos, vacinação adulto, consultas de diabetes, hipertensão arterial e hipocoagulação)	• PNV/VGs; • Consulta anual (ou 3A); • Diabéticos e Hipertensos semestral; • Outros grupos risco em função necessidade (hipocoagulação)
Dependentes (clientes que pelas suas limitações de mobilidade recebem todos os cuidados de saúde-preventivos e curativos- em contexto domiciliário; e respetivos cuidadores)	• PNV/VGs; • Frequência determinada pelos tratamentos/grupo risco; • Inclui um cuidador por cada pessoa dependente

A **Consulta de Enfermagem** será medida numa questão fechada, com várias alternativas, permitindo apenas uma resposta: Saúde infantil (0-11 meses, 12-23 meses), saúde infantojuvenil (2-17 anos), saúde da mulher (planeamento familiar, saúde materna, puerpério, rastreios oncológicos), saúde do adulto (sala de tratamentos,

vacinação, consultas de diabetes e hipertensão, consultas de vigilância de saúde/doença) e dependente (cuidados domiciliários, inclui cuidador principal).

UTILIZAÇÃO SIMULTÂNEA DE OUTRO SUBSISTEMA DE SAÚDE

A utilização simultânea de serviços equivalentes prestados por outros subsistemas de saúde é a terceira variável independente neste estudo. A experiência profissional demonstra que há segmentos da amostra que tendem a utilizar em simultâneo algumas consultas médicas especializadas a nível privado e de enfermagem nos CSP.

Numa área geográfica onde coexistem inúmeros prestadores de cuidados de saúde e situações de mercado (acesso, custo, diferenciação dos profissionais), pretende-se clarificar, se os clientes optam por utilizar serviços idênticos, "duplicando" a oferta assistencial. Será avaliada numa questão fechada (sim/não).

2.4.3. Variáveis de Atributo

Estabelecem-se como varáveis de atributo neste estudo algumas variáveis de caracterização da amostra e de contexto.

Definimos como variáveis atributo as variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

A variável **sexo** é operacionalizada em masculino e feminino**.**

A variável **idade** é medida em anos.

A variável **estado civil** é colocada como questão aberta;

A variável **nível de escolaridade** foi operacionalizado em iletrado, até 4 anos de escolaridade, entre 4 e 12 anos de escolaridade e ensino superior.

A variável **situação perante o trabalho** operacionaliza-se em: desempregado, estudante, *part-time*, trabalhador por conta de outrem, trabalhador independente e aposentado.

2.5. POPULAÇÃO ABRANGIDA/ AMOSTRAGEM

A população alvo deste estudo são os **utilizadores da consulta de enfermagem de três Unidades de Cuidados de Saúde Primários de uma mesma área geodemográfica**.

Parte-se do pressuposto que a população de uma mesma área geográfica, terá características semelhantes e idênticas necessidades de saúde; no entanto estas unidades possuem modelos organizacionais diferentes, com possível impacto na prestação de cuidados de enfermagem. A população alvo de amostragem é a inscrita nas três Unidades Funcionais pertencentes a um mesmo ACES.

De acordo com a plataforma BI_CSP os utentes inscritos nas três unidades em 2021 são 114078 (80321 utentes na UCSP, 16050 utentes na USF modelo A e 17707 utentes na USF Modelo B), correspondentes aos utentes inscritos em consultas de enfermagem. Foi calculado o número de participantes para um erro amostral de 5% e apurada uma dimensão previsível da amostra de 399 utilizadores.

Tendo em consideração a diferenciação dos utentes que procuram as diferentes consultas de enfermagem em CSP, optou-se por uma amostragem por clusters.

A amostra será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos).

Definem-se como critérios de inclusão todos os clientes da consulta de enfermagem nas Unidades em que decorre o estudo, que voluntariamente aceitem participar nele. Os menores de 18 anos e utentes dependentes serão representados, neste estudo, pelos seus pais, representantes legais ou cuidadores presentes no momento da consulta de enfermagem.

Define-se como critério de exclusão, os utentes que não sejam utilizadores de consulta de enfermagem.

Na seleção dos participantes, foram incluídos todos os utentes que cumpriam os critérios de inclusão e de forma acidental frequentaram as consultas de enfermagem nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, tendo-se obtido uma amostra de 406 respondentes.

2.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com este trabalho pretende-se a avaliação do cliente sobre a Organização, e a Consulta de Enfermagem.

Considerando a relevância da perspetiva do cliente na avaliação, optámos por traduzir e validar o questionário desenvolvido por Pisnik e Pevec, (2017) que, com base no modelo "**Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services**"- anexo 4, se baseia na perspetiva do cliente sobre unidades de saúde.

Assim, numa primeira fase foi traduzido e adaptado o **Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS)**, criado e validado por Pevec e Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017)". No processo de tradução e adaptação seguiu-se o modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter-cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19).

Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.

Indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, esta foi enviada a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é o inglês, para realizar a retroversão linguística. Em seguida foram introduzidos os ajustes, através da discussão entre intervenientes, procurando garantias de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (Ferreira & Marques, 1998, p.21).

Remetem-se para o apêndice 1 as etapas de conciliação entre traduções anteriormente mencionadas, até obtenção da versão final do **QAOS-versão organizacional**. Posteriormente foi realizada uma adaptação linguística do questionário para avaliação referente à consulta de enfermagem, que designamos **QAOS-versão consulta de enfermagem**.

Apresenta-se em seguida a constituição do questionário utilizado no presente estudo, estruturado em 4 partes:

A primeira parte inclui questões que permitem recolher dados de caracterização da amostra, nomeadamente referentes ao **sexo** (masculino e feminino) e à **idade** (resposta aberta, medida em anos). Inclui ainda questões que permitem identificar a **Unidade**

Funcional, a tipologia da consulta de enfermagem frequentada e utilização simultânea de subsistemas de saúde.

A segunda parte inclui o **QAOS – versão Organizacional**.

O QAOS – versão Organizacional é constituído por 19 itens, pontuável numa escala de 1 a 7 que permite avaliar seis dimensões organizacionais: O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais; O2 - Reputação Geral da Organização e dos Profissionais; O3 - Valor percebido da Organização; O4 – Aspetos da Organização e custos da visita; O5 - Satisfação com o tratamento na Organização; O6 – Recomendações.

Seguidamente descrevem-se os itens existentes em cada dimensão:

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais:
Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.
Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.
Os Profissionais desta organização estão familiarizados com está área de trabalho.

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais:
Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.
Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.
A gestão desta Organização é muito respeitada em público.
Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

O3 - Valor percebido da Organização
Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.
No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.
Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

O4 -Aspetos de duração e custos da visita
Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.
Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização
A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.
Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.
Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

O6 – Recomendações
Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.
Recomendaria esta Organização a outras pessoas.
Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

A terceira parte inclui o **QAOS – versão Consulta de Enfermagem**. Trata-se de uma adaptação do questionário de avaliação das organizações de saúde, para avaliação das consultas de enfermagem.

Os itens são idênticos, devidamente adaptados à consulta de enfermagem. A metodologia de avaliação mantém uma escala de concordância que varia entre um e sete, onde o utente se posiciona de acordo com a sua opinião relativa de cada um dos itens. Descrevem-se os itens em cada uma das dimensões.

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem:
Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.
Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.
Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com está área de trabalho.

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem
Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.
Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.
A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.
Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem.

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem
Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.
No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.
Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

E4 -Aspetos de duração e custos da visita
Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.
Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem
A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.
Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.
Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

E6 – Recomendações
Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.
Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.
Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Por fim, a quarta parte do questionário inclui duas questões abertas onde se solicita a opinião do utente sobre aspetos a melhorar na organização e na consulta de enfermagem (apêndice 2). Os dados recolhidos foram agrupados por conteúdo e tratados de forma analítica, com contagem de frequências.

2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Neste estudo cumpriram-se todos os procedimentos éticos e legais por forma a respeitar os direitos dos utentes e a sua participação livre e voluntária, bem como garantir a possibilidade de utilização futura dos dados para desenvolvimento da investigação ou divulgação dos resultados como ferramentas de gestão.

Foi pedida e obtida autorização dos autores do Instrumento de colheita de dados (anexo 1).

Foram solicitadas e obtidas **autorizações do ACES** onde decorre o estudo, nomeadamente da Sra. Diretora Executiva, dos Coordenadores das três Unidades Funcionais e respetivos Enfermeiros "Elos de Ligação", que são os representantes das equipas de enfermagem em cada Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia (apêndice 3).

Foi **garantida a igualdade de oportunidade na participação** de todos os utilizadores da consulta de enfermagem nas três Unidades Funcionais onde decorre o estudo, que cumpram os critérios de inclusão. Os questionários foram fornecidos aos utilizadores das consultas de enfermagem, após consulta ou ao seu representante legal, no caso de idade inferior a 18 anos.

Toda a metodologia de colheita e tratamentos de dados, bem como garantias dos utentes, foram alvo de escrutínio e alterações, pela **Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde** (apêndice 3). Só depois do projeto responder a todos os requisitos legais, éticos e deontológicos e obter parecer favorável da referida Comissão se realizou a colheita de dados.

Na solicitação de participação no estudo foi explicitado ao utente o objetivo do estudo e solicitado o consentimento informado (apêndice 4). O **Consentimento Informado** (CI) – CI1 foi posteriormente entregue ao enfermeiro e o duplicado CI2 ficava com participante. Os consentimentos recolhidos ficaram arquivados em pasta própria, opaca e com fecho (ao cuidado do elo de ligação), ou diretamente depositados na urna.

Foi considerada a possibilidade de o utente não saber ler/escrever ou ser invisual. Nesses casos recomendava-se a leitura pelo acompanhante do utente (pessoa externa à organização) e o seu consentimento foi obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe faculta o questionário, ou rúbrica de quem lê e preenche o questionário, mandatado.

Os questionários foram entregues depois de obtido o consentimento informado por parte do utente e após preenchimento foram colocados pelo utente em urna opaca, disponível em local de fácil acesso, identificado pelo Elo de Ligação como sendo o mais conveniente. A urna esteve sempre selada (autocolante de selo), de forma a evitar acesso acidental ou indevido à informação dos participantes ou terceiros. Semanalmente, ou sempre que cheia, a urna foi aberta, colhidos os questionários para envelope opaco de transporte e, no momento, novamente selada.

Devido à situação pandémica, foi criado uma versão do formulário no *google forms*. dando a possibilidade ao utente de responder online ao questionário. Nesse caso o enfermeiro da consulta de enfermagem enviou um link ao utilizador das consultas de enfermagem via e-mail. No caso dos **questionários desmaterializados**, a colheita de dados só foi possível após validação do consentimento informado (questão obrigatória sem a qual não é possível prosseguir para preenchimento). Os questionários preenchidos foram enviados de forma anónima para um endereço eletrónico, através do modelo *google forms* (apêndice 5).

Os dados recolhidos serão analisados de forma agregada, garantindo a confidencialidade dos participantes. Não foi expectável que a participação acarretasse qualquer risco para os participantes, tendo sido garantida a participação voluntária, não remunerada e o direito de autoexclusão do participante até ao momento da entrega do questionário, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde.

Os questionários e consentimentos informados serão guardados em espaço privado por um período não inferior a dois anos após entrega do trabalho académico, permitindo acesso aos dados originais, se necessário ou solicitado. Terminado este período, serão destruídos.

Na análise dos dados, foram considerados todos os questionários recolhidos na urna, desde que preenchidos acima de 50% da totalidade das questões: Dado o questionário ter 4 partes, e sendo possível o tratamento parcelar de informação, a “não resposta” a alguma questão, ou parte do questionário, não inviabiliza a utilização da informação colhida, restringe apenas a amostragem nessa questão/parte do questionário.

2.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados colhidos através da aplicação do Instrumento de Colheita de Dados serão carregados pelo formulário *google forms* em modelo Excel, posteriormente transpostos e tratados utilizando o programa *Statistical Package for the Social* Sciences (SPSS) na versão 20.

Na análise descritiva calcularam-se as frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Na avaliação das variáveis centrais do presente estudo, em que utilizámos o QAOS-versão organizacional e QAOS- versão consulta, foram calculadas as dimensões e realizada a respetiva análise da consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach.

Na análise inferencial, tendo por base a lei dos grandes números, que nos diz que média de um conjunto de n variáveis aleatórias independentes com média μ e desvio padrão σ, converge para μ à medida que n aumenta; e o teorema do limite central, que nos permite afirmar que a média de um conjunto de variáveis aleatórias com uma qualquer distribuição se aproxima da distribuição normal à medida que n aumenta, consideramos que o tamanho da amostra em estudo (n=406), justifica a opção da média amostral como estimador mais adequado.

O teste da Correlação de Pearson, foi utilizado para testar se existiam associações estatisticamente significativas, na relação entre variáveis contínuas ou intervalares, como é o caso do QAOS-versão organizacional e QAOS- versão consulta.

Na análise das diferenças de médias entre grupos utilizamos o teste de t para amostras independentes nas variáveis em que a amostra de divide em dois grupos e a análise da variância (ANOVA), quando a amostra de divide em mais que dois grupos. Consideramos como nível de significância estatística para aceitar as hipóteses, valores de sig. <0.05.

Os resultados foram organizados em tabelas e são apresentados no subcapítulo seguinte.

3- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Apresenta-se neste capítulo a síntese dos resultados que permitem dar resposta à questão de investigação e objetivos formulados. Iniciamos com os resultados que nos permitem caraterizar a amostra e contexto de recolha de dados. Em seguida apresentamos os resultados que descrevem as dimensões da avaliação dos clientes sobre a organização de saúde e as dimensões da avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem, com base nos dados colhidos, respetivamente, através do QAOS – versão Organizacional e QAOS – versão consulta de enfermagem. Complementamos a análise da fiabilidade com a análise da consistência interna global e por dimensão.

Termina-se a apresentação de resultados descritivos com uma síntese das sugestões apresentadas pelos inquiridos sobre aspetos que podem contribuir para alterar positivamente a perceção individual acerca da organização e/ou consulta de enfermagem.

Este capítulo termina com a apresentação em subcapítulo próprio na análise inferencial realizada, que, através de testes estatísticos, pretendeu encontrar respostas para as hipóteses de investigação.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

3.1.1. Caracterização da Amostra e Contextos

Foram recolhidos nas 3 Unidades Funcionais 406 questionários válidos entre Janeiro e Fevereiro de 2022. Foram considerados válidos os questionários preenchidos depois de colhidos os consentimentos informados e com percentagem de resposta superiores a 50% do total das 47 questões colocadas no documento.

Os 406 questionários válidos entregues, correspondem a 0,36% do total de utentes inscritos nas 3 Unidades Funcionais, sendo que a percentagem de utentes que responderam ao questionário em cada Unidade é de 0,27% na UCSP; 0,58% na Unidade Modelo A e 0,53% na USF Modelo B; valores arredondados às centésimas.

Dos 406 utilizadores da consulta de enfermagem, todos sinalizaram a que Unidade pertenciam, sendo que 220 estavam inscritos na UCSP (54,2%), 93 na USF Modelo A (22,9%) e também 93 na USF Modelo B (22,9%), tal como exposto na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do número de utentes que preencheram questionário por Unidade Funcional: frequência e percentagem

Unidade Funcional	Frequência	Percentagem
UCSP	220	54,20
USF modelo A	93	22,90
USF modelo B	93	22,90
Total	**406**	**100,0**

Na Tabela 3 são apresentados os resultados de caracterização da amostra que passamos a salientar. Verificamos que a amostra é maioritariamente feminina (74,4%) e o estado civil mais frequente foi casado/união de facto, com 229 utentes (56,4%).

O nível de escolaridade dos respondentes é, maioritariamente médio/elevado: superior (48%) e secundário (38,2%); do ponto de vista laboral são participantes ativos (trabalhadores por conta de outrem – 47,5% e trabalhadores independentes - 12,3%).

Participaram neste estudo utilizadores das várias consultas de enfermagem, sendo a saúde do adulto e saúde da mulher as tipologias com maior representação: 27,8% e 22,9%, respetivamente. Nesta amostra, 217 utentes utilizadores da consulta de

enfermagem (correspondentes a 53,4%), utilizam simultaneamente serviços de saúde equivalentes através de subsistemas de saúde.

Tabela 3 – Caracterização da Amostra relativamente a sexo, estado civil nível de escolaridade e situação laboral: Frequências e percentagem.

Variável	**Itens de operacionalização**	**n**	**Percentagem**
Sexo	Masculino	104	25,6
	Feminino	302	74,4
Estado Civil	Solteiro	111	27,3
	Casado/União de Facto	229	56,4
	Divorciado	28	6,9
	Viúvo	21	5,2
Nível de Escolaridade	Iletrado	8	2,0
	Até 4 anos	41	10,1
	Entre 4 e 12 anos	155	38,2
	Superior	195	48,0
Situação Laboral	Desempregado	52	12,8
	Estudante	20	4,9
	Part-Time	19	4,7
	Trabalhador por conta outrem	193	47,5
	Trabalhador independente	50	12,3
	Reformado/ aposentado	66	16,3
Consulta de enfermagem	SI 0-11 meses	55	13,5
	SI 12-23 meses	43	10,6
	SIJ 2-17 anos	57	14,0
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	93	22,9
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	113	27,8
	Dependentes (VD)	45	11,1
Utilização simultânea de subsistema	sim	217	53,4
	não	182	44,8

Como se observa na tabela 4, a idade dos utilizadores de consultas de enfermagem que responderam ao questionário esteve compreendida entre 18 e 97 anos, sendo a média de idades de 44,88 anos, a mediana 39 anos e o desvio padrão de 18,05.

Tabela 4 – Caracterização da Amostra relativamente a idade

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	392	18	97	44,88	39,00	18,05

Todos os dados estatísticos colhidos pelo programa SPSS estão presentes para consulta no apêndice 6.

3.1.2. Avaliação da Organização

De acordo com os autores o QACOS- é constituída por 19 itens e permite avaliar 6 dimensões:

- Qualidade da Organização
- Reputação da Organização
- Valor da Organização
- Custo da Utilização da Organização
- Satisfação para com a Organização
- Recomendação da Organização

Cada uma destas dimensões é constituída por 3 a 4 itens respondidos numa escala tipo Likert, pontuável de 1 a 7, sendo que o 1 significa “discordo em absoluto” e o 7 “concordo em absoluto”.

Na dimensão custo, pela forma de formulação dos itens ser diferente das restantes dimensões (pela negativa – valores elevados de classificação correspondem a pior desempenho), foram invertidos os valores das respostas (recodificadas), de forma a simplificar a análise.

Tendo em consideração a avaliação da organização, sintetizam-se na tabela 5 os resultados da análise descritiva de todos os itens e dimensões.

Uma análise detalhada dos valores mínimos e máximos e do desvio padrão observados nos itens, permite-nos verificar que a generalidade dos itens pontuam entre 1 e 7, indiciando variabilidade de respostas e poder discriminativo dos itens.

Também sobressai uma avaliação muito positiva das organizações de CSP em análise (M=5,82), com a dimensão qualidade com as perceções mais positivas (M= 6,18 e SD= 0,86) e a dimensão com avaliação menos positiva a do custo, com média 5,46 (SD= 1,83).

A dimensão **qualidade da organização** é avaliada através da média obtida nos 3 itens que a constituem e obteve o valor médio mais elevado (M= 6,18; SD= 0,86). Verifica-se que o item melhor percecionado pelos clientes foi o conhecimento dos profissionais sobre a *rotina* associada ao seu trabalho (M= 6,35 e SD=0,84).

A **avaliação da reputação da organização** resulta do valor médio obtido nos 4 itens que a constituem (M= 5,71; SD= 1,06). Embora todos os itens tenham obtidos valores médios superiores a 5,55, observado no item *visão dos média* sobre a Organização, destacamos que os itens que mais contribuem para a perceção positiva sobre a reputação da organização, são o *Estatuto na Zona* (M=5,93; SD= 1,15) e o *Respeito pelo Público* (M=5,77; SD= 1,12).

Na dimensão **valor da organização** é avaliado através da média obtida nos 3 itens que a constituem. Na amostra em análise o valor médio é idêntico aos das restantes dimensões, de 5,74 (SD= 0,98) salientando-se como itens mais valorizados o *Benefício Utilização* (M=5,91; SD= 1,17) e a *Qualidade Serviços* (M=5,73; SD=1,12).

A dimensão **custo da utilização da organização** foi avaliada através de 3 itens que tiveram o valor médio máximo de 5,46 (SD=1,33), sendo das dimensões em análise a menos bem avaliada, ainda assim com expressão claramente positiva. O item cuja avaliação foi mais negativa foi o que avalia as perceções dos clientes sobre *inconvenientes da visita* (M=4,74 e SD=1,91), já o que colhe avaliações mais positivas são os *custos da visita* (M=6,13 e SD=1,40).

A **satisfação** para com a organização é globalmente muito positiva (M= 5,90 e SD= 1,05). Nesta dimensão há a ressalvar que os dois itens que avaliam perceções individuais (*saldo positivo na utilização da organização* e *boas experiências anteriores do próprio*) são avaliados de forma mais positiva (M=6,07 e SD=1,15; M=6,04 e SD=1,15; respetivamente) que o item que avalia a perceção individual construída e transmitida por terceiros (*boas experiências dos outros*: M=5,63 e SD=1,29).

A **recomendação da organização** é a segunda dimensão melhor avaliada na ACOS (M=5,94 e SD=1,35), apenas ultrapassada pela qualidade percecionada pelos clientes da organização. O item mais valorizado nesta dimensão foi a *intenção de reutilizar a Organização* (M=6,12 e SD=1,35).

Tabela 5 – Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- Versão Organizacional

Dimensões	Itens	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade	Segurança Profissionais	406	1	7	6,22	0,94
	Ajuda Profissionais	406	1	7	5,98	1,21
	Rotina Profissionais	406	2	7	6,35	0,84
	TOTAL	406	5,98	6,35	**6,18**	0,86
Reputação	Estatuto na Zona	404	1	7	5,93	1,15
	Respeito pelo Público	402	1	7	5,77	1,12
	Gestão	402	1	7	5,56	1,29
	Visão dos Média	393	1	7	5,55	1,24
	TOTAL	393	5,55	5,94	**5,71**	1,06
Valor	Benefício Utilização	406	1	7	5,91	1,17
	Qualidade Serviços	405	1	7	5,73	1,12
	Proporção de Benefícios/Prejuízos	388	1	7	5,59	1,21
	TOTAL	388	5,59	5,91	**5,74**	0,98
Custo	Inconvenientes Visita	396	1	7	4,74	1,91
	Custos da Visita	403	1	7	6,13	1,40
	Gastos na Visita	402	1	7	5,51	1,60
	TOTAL	396	1	7	**5,46**	1,33
Satisfação	Saldo positivo Utilização	404	1	7	6,07	1,15
	Boas Experiências Próprio	406	1	7	6,02	1,15
	Boas Experiências Outros	400	1	7	5,63	1,30
	TOTAL	399	5,63	6,06	5,90	1,05
Recomendação	Intenção de Reutilizar	406	1	7	6,12	1,35
	Recomendação	406	1	7	5,94	1,44
	Publicidade Positiva	406	1	7	5,74	1,47
	TOTAL	406	5,74	6,12	5,94	1,35
TOTAL ACOS		5,82				

3.1.3. Avaliação da Consulta de Enfermagem

Para a ACCE participam 6 dimensões, tal como para a ACOS, mas adaptados:

- Qualidade da Consulta de Enfermagem
- Reputação da Consulta de Enfermagem
- Valor da Consulta de Enfermagem
- Custo da Utilização da Consulta de Enfermagem
- Satisfação para com a Consulta de Enfermagem
- Recomendação da Consulta de Enfermagem

Cada uma destas dimensões é avaliada por 3 a 4 itens, respondidas por escala de Likert entre 1 e 7; sendo que o 1 significa "discordo em absoluto" e o 7 "concordo em absoluto". A análise descritiva de todos os itens e dimensões encontra-se compilada na tabela 6.

Na dimensão **custo,** em virtude da formulação dos itens ser negativa (valores elevados de classificação correspondem a pior desempenho), foram invertidos os valores das respostas (recodificadas), de forma a simplificar a análise.

De forma similar ao observado no QAOS – versão organizacional, também os itens do QAOS consulta de enfermagem pontuam entre 1 e 7, indiciando variabilidade de respostas e poder discriminativo dos itens. Também sobressai uma avaliação muito positiva da consulta de enfermagem, com valor de média da ACCE de 6,14.

Na ACCE, a dimensão **qualidade** obteve perceções mais positivas (M= 6,46 e SD= 0,76) e a dimensão com avaliação menos positiva foi observada no **custo**, com média 5,83 (SD= 1,27).

Na dimensão **qualidade** da consulta de enfermagem, avaliada através de 3 itens, observam-se os mais altos valores de avaliação no item conhecimento dos profissionais sobre a sua *rotina* (M=6,56 e SD=0,77).

A variável **reputação** da consulta de enfermagem, avaliada através de 4 itens, teve uma avaliação média de 5,97 (SD=0,91), sendo os itens melhor avaliados o *respeito pelo público* e *o estatuto da consulta de enfermagem na zona* (M= 6,0 2e SD=1,08; M=6,19 SD= 0,91; respetivamente), achado semelhante à avaliação organizacional mas com inversão na ordem dos dois itens.

Na dimensão **valor** atribuído à consulta de enfermagem (M=6,14 e SD=0,89) o item que foi mais valorizado foi o *benefício* percecionado na utilização da consulta de

enfermagem (M=6,32 e SD=0,93) obtido pelo julgamento entre aspetos positivos e negativos relativamente à utilização das consultas.

Na dimensão **custo** da consulta de enfermagem, observam-se valores de avaliação menos positivos, tal como na ACOS (M=5,83 e SD=1,27). Nesta avaliação o item que tem avaliação menos positiva tem a ver com os *inconvenientes na visita à consulta de enfermagem* (M=5,44 e SD=1,67)

Para a avaliação da dimensão **satisfação** para com a consulta de enfermagem (M=6,20 e SD=0,90) o item mais valorizado pelos clientes foram as *boas experiências anteriores do próprio* (M=6,35 e SD=0,90), seguido pelo item que avalia como boa a decisão de utilização da consulta de enfermagem: *saldo positivo da utilização* (M=6,32 e SD=0,93).

Por fim, na dimensão **recomendação** da consulta de enfermagem, o valor médio de resposta foi de 6,31 (SD=0,91) sendo o item que mais participa para este resultado a *intenção de reutilizar a consulta de enfermagem* (M=6,38 e SD=0,90).

De uma forma geral, os valores obtidos nas várias dimensões da ACCE e ACOS traduzem **elevados níveis de satisfação dos clientes de CSP para com as organizações e as consultas de enfermagem**.

Tabela 6 – Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- versão Consulta de Enfermagem para ACCE

Dimensões	Itens	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade	Segurança Profissionais	406	2	7	6,45	0,78
	Ajuda Profissionais	406	2	7	6,36	0,93
	Rotina Profissionais	406	3	7	6,56	0,77
	TOTAL	406	6,36	6,56	**6,46**	0,76
Reputação	Estatuto na Zona	398	2	7	6,19	0,91
	Respeito pelo Público	399	1	7	6,02	1,08
	Gestão	400	3	7	5,94	1,05
	Visão dos Média	395	2	7	5,75	1,12
	TOTAL	390	5,74	6,20	**5,97**	0,91
Valor	Benefício Utilização	406	1	7	6,32	0,93
	Qualidade Serviços	406	1	7	6,21	0,95
	Proporção de Benefícios/Prejuízos	393	1	7	5,91	1,19
	TOTAL	393	5,91	6,30	**6,14**	0,89
Custo	Inconvenientes Visita	398	1	7	5,44	1,67
	Custos da Visita	398	1	7	6,27	1,28
	Gastos na Visita	399	1	7	5,77	1,53
	TOTAL	395	1	7	**5,83**	1,27
Satisfação	Saldo positivo Utilização	401	1	7	6,32	0,93
	Boas Experiências Próprio	405	1	7	6,35	0,90
	Boas Experiências Outros	398	1	7	5,94	1,16
	TOTAL	392	5,93	6,35	**6,20**	0,90
Recomendação	Intenção de Reutilizar	406	1	7	6,38	0,90
	Recomendação	406	1	7	6,30	0,96
	Publicidade Positiva	406	1	7	6,26	1
	TOTAL	406	6,26	6,38	**6,31**	0,91
TOTAL		**6,14**				

Remetem-se para apêndice as tabelas que analisam mínimos, máximos e desvio padrão de todos os itens que compõem a ACOS (apêndice 7) e ACCE (apêndice 8).

Apresentámos neste subcapítulo a análise descritiva dos itens agrupados pelas respetivas dimensões, tendo evidenciado a variabilidade de respostas e o poder discriminativo dos itens. Complementamos no subcapítulo seguinte a análise da fiabilidade dos instrumentos de colheita de dados QAOS-versão Organizacional e QAOS-versão consulta de enfermagem.

3.2. ANÁLISE DA FIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Analisa-se de seguida a **fiabilidade** dos instrumentos de colheita de dados QAOS-versão Organizacional e QAOS-versão consulta de enfermagem através do cálculo do coeficiente **alfa de Cronbach global e das dimensões que os compõem**.

A Consistência Interna é avaliada pelo Alfa de Cronbach, valor que varia entre 0 e 1. São considerados valores de alfa de Cronbach aceitáveis, valores superiores a 0,7 para novas escalas e superiores a 0,8 para escalas já muito utilizadas (Fortin, 1998, p. 233).

Foi realizada a análise da consistência interna global do **QAOS- versão organizacional** (19 itens), que se apresenta na tabela 8, tendo-se observado boa correlação de todos os itens com a escala global e obtido um valor do coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82. Na análise por dimensão observa-se que a dimensão com alfa mais baixo é a dimensão custo (α=0,74) e a dimensão com valor mais elevado de alfa é a recomendação (α=0,95).

A análise da correlação dos itens com a respetiva dimensão, apresenta valores superiores a 0,50 em todos os itens, indiciando que cada um dos itens contribui de forma relevante para o respetivo construto. Os resultados observados na coluna refente ao alfa obtido caso se elimine algum item também reforçam a decisão de manter todos os itens, tal como no instrumento de colheita de dados original desenvolvido por Pevec e Pisnik (2017, 2018).

Os resultados obtidos na análise de consistência interna, com valores superiores a 0,70 em todas as dimensões e no global permitem-nos considerar que a versão portuguesa do questionário **QAOS- versão organizacional revela boa consistência interna**.

Tabela 7 – Avaliação da consistência interna dos itens e dimensões do QAOS-versão organizacional

Dimensões	Itens	n	Alfa de Cronbach	
			Correlação item/dimensão	Alfa de Cronbach se item retirado
Qualidade	Segurança Profissionais	406	0,68	0,73
	Ajuda Profissionais	406	0,72	0,72
	Rotina Profissionais	406	0,65	0,78
	TOTAL	406	**0,81**	
Reputação	Estatuto na Zona	404	0,81	0,88
	Respeito pelo Público	402	0,82	0,88
	Gestão	402	0,86	0,86
	Visão dos Média	393	0,72	0,92
	TOTAL	393	**0,91**	
Valor	Benefício Utilização	406	0,73	0,67
	Qualidade Serviços	405	0,69	0,71
	Proporção de Benefícios/Prejuízos	388	0,57	0,84
	TOTAL	396	**0,81**	
Custo	Inconvenientes Visita	396	0,50	0,77
	Custos da Visita	403	0,63	0,61
	Gastos na Visita	402	0,61	0,61
	TOTAL	396	**0,74**	
Satisfação	Saldo positivo Utilização	404	0,72	0,79
	Boas Experiências Próprio	406	0,79	0,72
	Boas Experiências Outros	400	0,65	0,86
	TOTAL	399	**0,85**	
Recomendação	Intenção de Reutilizar	406	0,87	0,94
	Recomendação	406	0,92	0,90
	Publicidade Positiva	406	0,89	0,93
	TOTAL	406	**0,95**	
TOTAL QAOS-versão organizacional		**0,82**		

Na mesma ótica, analisam-se as correlações inter-dimensões, de modo a permitir a perceção do significado de cada uma das dimensões para o resultado final, mas também a intensidade de relação entre as dimensões. Para tal utilizar-se-á a correlação de Pearson (C.Pearson).

A análise das **correlações inter-dimensões e entre dimensões e ACOS**, permite a perceção do significado de cada uma das dimensões para o resultado global, mas também a intensidade de relação entre as dimensões.

Dos valores de correlações inter-dimensões e entre dimensões e ACOS, expostos na tabela 8, observa-se que quase todas as correlações são positivas: que se influenciam de forma diretamente proporcional e que as correlações têm intensidades bastante diversas, de onde se pode interpretar que as **dimensões medem construtos diferentes**. A dimensão **custo** tem correlação negativa com todas as restantes dimensões e com a ACOS – quando o custo aumenta a perceção do cliente sobre a ACOS, qualidade, reputação, valor satisfação e recomendação diminuem.

Salienta-se ainda o elevado valor de correlação entre a dimensão **satisfação dos clientes de CSP para a ACOS (0,87)**. As correlações da dimensão custo com o global ou inter-dimensões, são as mais baixas, indiciando que a perceção sobre os custos tem menor peso na avaliação global da organização. Observa-se também que a **relação do custo com a recomendação** é muito baixa e não tem significado estatístico (r=0,04; p=0,43)). No extremo oposto, na relação mais forte inter-dimensões, participam a **reputação da organização e o valor** que o cliente lhe atribui, com coeficiente de correlação de 0,76.

Tabela 8 - Correlações inter-dimensões e com ACOS

		ACOS (Recal-culado)	Qualidade Org	Reputação Org	Valor Org	CustoOrg	Satisfação Org	Recomenda-ção Org
ACOS (Recalculado)	C. Pearson	1	0,80**	0,82**	0,86**	-0,42**	0,87**	0,74**
	Sig.		0,00	0,00	0,00	0,00	0,000	0,00
Qualidade Org	C. Pearson		1	0,71**	0,70**	-0,18**	0,69**	0,54**
	Sig.			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reputação Org	C. Pearson			1	0,76**	-0,12*	0,69**	0,54**
	Sig.				0,00	0,02	0,00	0,00
Valor Org	C. Pearson				1	-0,21**	0,73**	0,55**
	Sig.					0,00	0,00	0,00
Custo Org	C. Pearson					1	-0,21**	-0,04
	Sig.						0,00	0,43
Satisfação Org	C. Pearson						1	0,66**
	Sig.							0,00
Recomenda-ção Org	C. Pearson							1
	Sig.							

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

No **QAOS - Versão Consulta de Enfermagem** (19 itens) que permitem a ACCE participam as 6 dimensões foi analisado quanto à sua consistência interna, tendo sido obtido um Alfa de Cronbach de 0,86; revelador de boa consistência interna.

Todas as dimensões apresentam valores elevados de Alfa de Cronbach. A dimensão com alfa mais baixo é a dimensão **custo** (α=0,80) e a dimensão com valor mais elevado de alfa é a **recomendação** (α=0,95).

A análise da correlação dos itens com a respetiva dimensão, que apresenta valores superiores a 0,59 em todos os itens e os valores observados na coluna refente ao alfa obtido caso se elimine algum item, também reforçam a decisão de manter todos os itens.

Os resultados obtidos na análise de consistência interna do QAOS - Versão Consulta de Enfermagem, com valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,80 em todas as dimensões e global de 0,85, permitem-nos considerar que este questionário revela **boa consistência interna**.

Tabela 9 – Análise de consistência interna do QAOS- versão Consulta de Enfermagem por item e dimensão

Dimensões	Itens	Alfa de Cronbach	
		Alfa correlação inter-item	**Alfa de Cronbach se item retirado**
Qualidade	Segurança Profissionais	0,83	0,82
	Ajuda Profissionais	0,79	0,86
	Rotina Profissionais	0,78	0,86
	TOTAL	0,89	
Reputação	Estatuto na Zona	0,70	0,89
	Respeito pelo Público	0,81	0,84
	Gestão	0,84	0,83
	Visão dos Média	0,72	0,88
	TOTAL	0,89	
Valor	Benefício Utilização	0,73	0,71
	Qualidade Serviços	0,74	0,69
	Proporção de Benefícios/Prejuízos	0,59	0,87
	TOTAL	0,82	
Custo	Inconvenientes Visita	0,59	0,80
	Custos da Visita	0,71	0,68
	Gastos na Visita	0,66	0,70
	TOTAL	0,80	
Satisfação	Saldo positivo Utilização	0,79	0,78
	Boas Experiências Próprio	0,80	0,78
	Boas Experiências Outros	0,69	0,90
	TOTAL	0,87	
Recomendação	Intenção de Reutilizar	0,90	0,93
	Recomendação	0,92	0,92
	Publicidade Positiva	0,88	0,94
	TOTAL	0,95	
TOTAL QAOS-Versão Consulta enfermagem		**0,86**	

De igual forma, analisam-se as correlações inter-dimensões, de modo a permitir a perceção do significado de cada uma das dimensões para o resultado final, mas também a intensidade de relação entre as dimensões. Também se utilizou a correlação de Pearson (C.Pearson).

A análise das correlações inter-dimensões e entre dimensões e ACCE, permite a perceção do significado de cada uma das dimensões para o resultado global, mas também a intensidade de relação entre as dimensões.

Dos valores de correlações inter-dimensões e entre dimensões e ACCE, expostos na tabela 10, observa-se que todas as correlações são positivas, excepto as que relacionam custo, todas as correlações têm intensidade/força diferentes.

A dimensão **custo** tem correlação negativa com a ACCE e as restantes 5 dimensões, o que quer dizer que quando o custo aumenta, todas as outras estas diminuem.

Sublinha-se o **elevado valor das correlações de várias dimensões com a ACCE** global. Com exceção da dimensão custo que apresenta uma correlação moderada com a avaliação global (r=51), todas as outras dimensões apresentam uma correlação positiva forte com a avaliação global (r>0,80). Apesar de terem significado estatístico as correlações da dimensão custo com as outras dimensões são muito baixas (r<0,28), indiciando que o custo tem uma correlação fraca positiva com as restantes dimensões. Salientamos, no extremo oposto, relações positivas fortes entre todas as outras dimensões.

Tabela 10 - Correlações entre dimensões e ACCE

		ACCE (Recalculado)	Qualidade Cons. Enf.	Reputação Cons.Enf.	Valor Cons.Enf.	Custo Cons.Enf.	Satisfação Cons.Enf.	Recomendação Cons.Enf.
ACCE (Recalculado)	C. Pearson	1	0,86**	0,80**	0,87**	-0,51**	0,86**	0,85**
	Sig.		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000
Qualidade Cons. Enf.	C. Pearson		1	0,70**	0,75**	-0,20**	0,76**	0,73**
	Sig.			0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Reputação Cons.Enf.	C. Pearson			1	0,68**	-0,16**	0,69**	0,63**
	Sig.				0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Cons.Enf.	C. Pearson				1	-0,23**	0,76**	0,72**
	Sig.					0,00	0,00	0,00
Custo Cons.Enf.	C. Pearson					1	-0,28**	-0,17**
	Sig.						0,00	0,00
Satisfação Cons.Enf.	C. Pearson						1	0,77**
	Sig.							0,00
Recomendação Cons.Enf.	C. Pearson							1
	Sig.							

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Globalmente, os **QAOS- Versões Organizacional e Consulta de Enfermagem** foram avaliados no seu conjunto (360 questionários) quanto à consistência interna, tendo obtido um **alfa de Cronbach global de 0,96** (tabela 11 e apêndice 9).

Tabela 11 – Avaliação da consistência interna dos questionários QAOS - Versões Organizacional e Consulta de Enfermagem no seu conjunto na ACOS e ACCE.

	n	**Alfa de Cronbach**
ACOS e ACCE (38 questões)	360	0,96

Perante o exposto, poder-se-á considerar que se está perante um **instrumento de colheita de dados com boas características psicométricas.**

PROPOSTAS DE MELHORIA

Tal como já tinha sido descrito anteriormente o questionário inclui **uma questão aberta**, onde se questiona o que poderia ser alterado de modo a alterar positivamente a perceção dos clientes sobre a organização e consultas de enfermagem.

Neste campo os **76 utentes que escreveram sugestões** não separaram as que diziam respeito à organizações e à consultas de enfermagem, pelo que foram compiladas em conjunto. Também por não se ter verificado diferenças no conteúdo das exposições, foram tratadas de forma desagregada das Unidades de origem (UCSP=36; USF A=21; USF B=19), apenas por frequência.

Verificou-se que este campo foi utilizado para sublinhar a **satisfação para com os profissionais** (n=16) de onde se cita: “equipa de enfermagem disponível e dão resposta no dia, impecáveis”; “consulta de enfermagem tem atendimento imediato” ou “o atendimento foi exemplar. Alarguem a outros enfermeiros e/ou USF o que eu experimentei”.

Os clientes criticaram também o **tempo de espera excessivo para consultas** (n=14): “consulta difícil de agendar, exceto enfermagem”; “melhorar organização, melhorar comunicação (ninguém atende telefones) e evitar períodos de espera” ou “deveria haver mais profissionais para dar respostas mais rápidas e com menos stress para pessoas e profissionais”. Também a **insuficiência de oferta assistencial ou falta de divulgação dos serviços** (n=13) foi referida: “mais rapidez no atendimento e mais profissionais em todas as áreas”; “esclarecimento sobre forma de funcionamento do sistema” ou “a minha perceção atual é a melhor. Mas tal como eu desconhecia o conceito das USF, muitas pessoas devem desconhecer. É necessário promover.”

A preocupação demonstrada por 12 clientes de CSP quanto às **condições de trabalho dos profissionais**, são consideradas desatualizadas, pouco dignas e limitadoras da atividade profissional em pleno: “dar mais condições de trabalho aos profissionais dedicados que têm”; “os profissionais são ótimos e sinto-me segura. Precisavam de equipamentos mais atualizados para desempenharem as suas funções” ou “seria bom remodelar as instalações da Unidade, modernizando-as”.

De uma forma geral, agregando por tipologias, podemos considerar que as **questões organizacionais** (tempo de espera, condições de trabalho, agendamento, necessidade de modernização e estacionamento) **se sobrepuseram em número absoluto aos fatores profissionais** (oferta assistencial e humana insuficiente e

atendimento telefónico) enquanto fatores que poderiam colaborar na melhoria da perceção dos clientes de CSP, conforme analisável na tabela 12.

Tabela 12 - Sugestões de melhoria para melhorar ACOS e ACCE

Sugestão de melhoria	**Número de vezes que foi citado (n)**
Louvor profissionais **Exemplo**: "atendimento excelente"	16
Tempo espera excessivo **Exemplo**: "tempo de espera excessivo para consultas"	14
Oferta assistencial insuficiente ou falta de divulgação **Exemplo**: "tempo de espera excessivo para consultas"	13
Condições de trabalho pouco adequadas (stress, equipamentos, formação, instalações) **Exemplo**: "seria bom remodelar as instalações da Unidade, modernizando-as"	12
Agendamento de consultas e secretariado **Exemplo**: "atendimento na secretaria excessivamente burocrático, o que atrasa bastante o atendimento"	11
Falta de Recursos Humanos **Exemplo**: "com mais pessoal para o atendimento diminuía o tempo de espera"	11
Necessidade de modernização tecnológica (senhas digitais e circulação dentro das Unidades) **Exemplo:** "Sistema de senhas para facilitar o acolhimento, acolhimento para estrangeiros separado para não condicionar os agendamentos, agilização de procedimentos automáticos e sistemas informáticos mais ágeis"	7
Atendimento telefónico **Exemplo:** "Marcação de consultas, atendimento telefónico é péssimo"	6
Estacionamento **Exemplo:** "Parquímetro grátis para utentes"	3
Total de participantes: 76	

Realizada a análise descritiva dos dados, segue-se a análise inferencial que procura, através de testes, aceitar (ou não) as hipóteses de investigação.

3.3. ANÁLISE INFERENCIAL

Na análise inferencial pretende-se, através da utilização de testes verificar se são (ou não) verdadeiras as hipóteses de investigação formuladas.

A primeira hipótese que se pretende analisar é: A **avaliação dos clientes sobre a organização de saúde difere em função do tipo de unidade funcional**. O teste utilizado foi teste análise da variância Anova, complementado com o teste post hoc Bonferroni.

Como se observa na tabela 13 os valores médios de ACOS são mais elevados nas USFs (modelo A M=6,20; modelo B M= 6,11) e mais baixos na UCSP (M= 5,53). As diferenças observadas entre as unidades em análise têm significado estatístico (p=0,00). O teste post hoc Bonferroni permite identificar que existe diferença na ACOS com significado estatístico (p= 0,00) entre USFs (modelos A e B) e a UCSP, não havendo diferenças estatisticamente relevantes entre os dois modelos de USF (p=1,00). A análise efetuada pemite-nos concluir que **a avaliação dos clientes sobre a organização é mais elevada nas USF do que na UCSP**.

Tabela 13- Análise da ACOS por Unidades de pertença dos clientes: teste Anova

	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
UCSP	207	5,53	0,81	33,40	0,000
USF modelo A	84	6,20	0,66		
USF modelo B	85	6,11	0,65		

Tabela 14 - Teste Bonferroni para as variáveis em análise (ACOS-Unidades Funcionais)

Unidade Pertence	Unidade Pertence	Diferenças de média	Desvio padrão	Sig.
UCSP	USF modelo A	-0,67*	0,097	0,000
	USF modelo B	-0,59*	0,096	0,000
USF modelo A	UCSP	0,67*	0,097	0,000
	USF modelo B	0,09	0,11	1,000
USF modelo B	UCSP	0,59*	0,10	0,000
	USF modelo A	-0,09	0,11	1,000

Na segunda hipótese pondera-se a existência de diferenças na **avaliação dos clientes sobre a consulta de enfermagem, entre as unidades**. O teste utilizado foi, também, o teste Anova, com teste post hoc Bonferroni.

Tal como na hipótese anterior, observa-se uma avaliação com valores médios superiores nas USFs (modelo A M=6,45; modelo B M= 6,35) e mais baixos na UCSP (M= 5,91). As diferenças observadas na ACCE entre os grupos em análise têm significado estatístico (p=0,00). O teste post hoc Bonferroni permite identificar que existe diferença com significado estatístico (p= 0,00) entre USFs (modelos A e B) e a UCSP, não havendo diferenças estatisticamente relevantes entre os dois modelos de USF (p=1,00). A análise efetuada permite concluir que os **clientes evidenciam uma avaliação mais elevada nas USFs do que na UCSP e que não existem diferenças na avaliação entre USFs**.

Tabela 15 - Análise da ACCE por Unidades de pertença dos clientes

	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
UCSP	201	5,91	0,78	25,29	0,00
USF modelo A	84	6,45	0,60		
USF modelo B	86	6,35	0,48		

Tabela 16 - Teste Bonferroni para as variáveis em análise (ACCE e Unidades Funcionais)

Unidade Pertence	Unidade Pertence	Diferenças de média	Desvio padrão	Sig.
UCSP	USF modelo A	-0,55*	0,09	0,00
	USF modelo B	-0,45*	0,09	0,00
USF modelo A	UCSP	0,55*	0,09	0,00
	USF modelo B	0,10	0,10	1,00
USF modelo B	UCSP	0,45*	0,09	0,00
	USF modelo A	-0,10	0,10	1,00

Na terceira hipótese, coloca-se a possibilidade de os **clientes avaliarem de forma diferente a organização e a consulta de enfermagem.** Para tal, foi utilizado o teste T de uma amostra e comparadas a ACOS e ACCE.

Verifica-se que existem diferenças com significado estatístico (sig=0,00) entre as avaliações da organização e consulta de enfermagem. A comparação de médias, permite perceber que a **perceção dos clientes sobre a consulta de enfermagem é avaliada de forma mais positiva que a organização** (M=6,13 e M=5,81, respetivamente).

Tabela 17 - Análise da diferença nas avaliações da organização e consulta de enfermagem: teste t student

	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
ACOS	376	5,81	0,81		
ACCE	371	6,13	0,72	138,86	0,00

A quarta hipótese analisa a possibilidade de a **avaliação dos clientes acerca da consulta de enfermagem diferir em função do tipo de consulta frequentada**.

O teste utilizado foi o teste de variância Anova.

Os valores médios observados na avaliação que os clientes fazem são elevados e semelhantes em todos os tipos e consulta, variando entre o mínimo de 6,03 na consulta de SIJ 2-18 anos e 6,22 na consulta de Saúde Adulto. O teste anova, com valores de

significância de 0,73, permite-nos concluir que **não existe diferença com significado estatístico na avaliação que os clientes fazem nas diferentes consultas**.

Tabela 18 - Análise da ACCE por Tipologia de Consulta de Enfermagem e teste Anova

	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
SIJ 0-11 meses	51	6,10	0,83	0,56	0,73
SIJ 12-23 meses	41	6,12	0,72		
SIJ 2-18 anos	53	6,03	0,78		
Saúde Mulher (PF, SM, RO)	84	6,16	0,83		
Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	101	6,22	0,55		
Dependentes (VD)	41	6,14	0,65		

A quinta, e última hipótese, tem a ver com a possibilidade de **existirem diferenças na ACCE pela utilização simultânea serviços equivalentes através de subsistemas de saúde**.

No intuito de perceber se a ACCE é diferente entre clientes que utilizam consultas equivalentes e simultâneas, através de subsistemas e os que não as utilizam, testou-se a hipótese. Foi utilizado o teste T para amostras independentes, de onde sobressai, pelo teste de Levene, que há homogeneidade de variâncias (sig=0,47). Então, por t (e o valor de permite dizer que **não existem diferenças entre a ACCE entre clientes que usam e não usam subsistemas para as mesmas consultas**.

Tabela 19 - Análise de uma amostra pelo teste T – amostras independentes (ACCE e Utilização simultânea mesmo serviço em subsistema)

	Utilização simultânea mesmo serviço em subsistema	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
ACCE	sim	6,11	0,77	-0,71	0,48
	não	6,17	0,67		

São remetidas para apêndice todas as tabelas extraídas de SPSS com todos os dados para consulta (apêndice 10).

4- DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados mais relevantes, no presente capítulo contextualizamos e interpretamos os resultados obtidos, discutindo-os à luz de outras investigações desenvolvidas sobre esta temática.

Da **amostra** fizeram parte 406 participantes de 3 Unidades funcionais de tipologias diferentes, utilizadores das várias consultas de enfermagem existentes em CSP. A amostra era maioritariamente feminina, casada, com nível de escolaridade médio-alto e situação laboral ativa.

O presente estudo teve como um dos objetivos, a **tradução e avaliação psicométrica do instrumento de colheita de dados** desenvolvido por Pevec e Pisnik (2018, 2017) "Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services", aplicando-o a várias unidades de CSP. A tradução e adaptação permitiu a construção do QAOS-versão organizacional. Este instrumento foi adaptado para a consulta de enfermagem: QAOS-versão consulta de enfermagem. Estes instrumentos permitem a ACOS e ACCE, respetivamente. Na sua aplicação, ambos os instrumentos de colheita de dados demonstraram boas características psicométricas, descritas ao longo do trabalho, das quais se salientam boa variabilidade de resposta, poder discriminativo dos itens e valores de consistência interna bastante robustos.

Propõe-se também a **avaliação e descrição das dimensões que constituem a ACOS**. A avaliação dos clientes sobre a organização é bastante positiva (M=5,82), o que vai ao encontro de vários estudos (Goetz et al., 2019; Nánási et al., 2021).

As **dimensões melhor avaliadas na organização prestadora de CSP foram a qualidade percecionada, recomendação e satisfação** (M=6,18, M=5,94; M=5,90 respetivamente). Estudos que relacionam qualidade e satisfação são frequentes e a sua tradução prática é simples de perceber. Serviços que oferecem ao cliente qualidade, fazem com que este percecione valor associado à sua utilização e a satisfação tende a produzir divulgação e recomendação (MacStravic, 1999). Eberle et al. (2015) frisa as relações com a dimensão recomendação, retenção ou intenção dos clientes na reutilização dos serviços.

A **dimensão organizacional menos valorizada foi o custo** da utilização da organização (M=5,46). Este achado é mais frequente em populações com nível social e económico médio a alto, mas também em países onde existe gratuitidade ou co-pagamento dos cuidados de saúde e, portanto, a sua utilização não acarreta decisões custo-oportunidade relevantes. Anbori, Ghani, Yadav, Daher e Su (2010) referem que países onde os custos dos cuidados são elevados, ou os utilizadores têm custo-oportunidade mais penalizadores, frequentemente adiam o acesso aos cuidados, comparam mais os preços e decidem em função destes.

Na **relação mais forte inter-dimensões, participam a reputação da organização e o valor** que o cliente lhe atribui, com coeficiente de correlação de 0,76. Esta forte associação entre reputação e valor atribuído, já tinha sido descrita por vários autores, entre os quais destacamos os estudos de Kim, Lee, Milan, Yang e Yang e Peterson (Eberle et al. 2015; Kim, Bae & Lee, 2017; Lee et al. 2008; Milan & Trez, 2005; Yang et al., 2014; Yang e Peterson, 2004).

Acerca da **consulta de enfermagem**, verificamos que as avaliações também foram bastante positivas (M=6,14). A dimensão **qualidade percecionada foi a que reuniu valores mais elevados de avaliação** (M=6,46), seguida da recomendação e satisfação (M=6,31 e M=6,20, respetivamente), tal como na avaliação da organização. Autores demonstraram que as relações de confiança entre clientes de CSP e enfermeiros são baseadas no reconhecimento das competências e mobilização assertiva dos recursos pessoais e familiares em prol dos objetivos terapêuticos dos clientes, mas também empatia e respeito pelas necessidades individuais (Andrade, Cavalcante&Apostolico, 2017; Nygren Zotterman et al., 2014). Não podemos deixar de refletir que qualidade clínica e experiência do paciente são domínios distintos, mas relacionados, que requerem medidas separadas e iniciativas de melhoria, como salientam Mold et al., (2012).

Também a **dimensão custo de utilização das consultas de enfermagem reuniu avaliações mais baixas** (M=5,83). Isto traduz que o custo, ainda que valorizado pelo cliente das consultas de enfermagem e organizações prestadoras de CSP, não condicionará a sua utilização (custo e recomendação/lealdade são a associação mais fraca do ACOS e a segunda mais fraca da ACCE), até porque as taxas moderadoras em Portugal em CSP foram abolidas (na quase totalidade) em 2020. Este facto poderá ainda não se traduzir em pleno nesta análise, por ser muito recente e a utilização dos CSP ter sido fortemente comprometida desde o início da pandemia, também em 2020. Ainda assim, não podemos deixar de notar o elevado valor de custo que traduz os

inconvenientes e transtorno associados à utilização de consulta de enfermagem e/ou organização de CSP. A correlação inter-dimensões e com a ACOS e ACCE revelou **correlações positivas entre todas as dimensões à exceção da dimensão custo**, o que demonstra que custos mais elevados condicionam negativamente a ACOS, ACCE e as perceções do cliente sobre a qualidade, reputação, valor, satisfação e recomendação das organizações e consultas de enfermagem.

Outro dos objetivos para este estudo foi analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem. As organizações prestadoras de CSP em análise traduziriam 3 realidades assistenciais diferentes, frutos das Reformas para Unidades Funcionais e ACES. No entanto as mudanças ficaram aquém do planeamento (Biscaia, Pereira, Cardeira, Fehn & Pinto, 2018; Grol et al., 2000) e neste estudo, **quer na avaliação da organização quer na avaliação da consulta de enfermagem encontraram-se diferenças entre com significado estatístico entre UCSP e USFs, mas sem diferenças entre USF modelos A e B**, que têm valores médios de ACOS mais elevados. Esta situação já tinha sido anteriormente descrita com a perceção por parte dos clientes que os enfermeiros de USF têm melhor preparação para o seu trabalho e são, globalmente, mais organizados (Lapão & Dussault, 2012).

Há vários estudos que apoiam o argumento que os modelos de gestão de unidades de saúde (nomeadamente de CSP) com modelos de monitorização da atividade e incentivos são mais efetivos nos resultados (Tabrizi, Azami-aghdash & Gharaee, 2020). Estes argumentos, associados à autonomia organizativa também têm sido defendidos em Portugal (Direção Geral de Saude, 2015; Ministério da Saúde, 2006). Em concordância, vários autores têm evidenciado que estes modelos de gestão demonstraram também resultados diferenciadores na qualidade (Arsenault et al., 2020), satisfação e recomendação/ lealdade dos clientes (Guo et al., 2009; Kijima et al., 2021; Lai, 2015; Yang et al., 2014; Zhou et al., 2017).

O cliente de CSP estudado revelou um perfil semelhante ao cliente de CSP francês, que tende a valorizar mais as relações de longo prazo com os profissionais e contrária ao cliente inglês e americano (Bartikowski et al., 2011). Outros autores demonstram a relação entre Sistemas de Saúde onde a oferta de CSP é mais eficiente e implantada de forma mais sólida têm melhor controlo de custos, equidade de acessibilidade, garantias de continuidade de cuidados, melhores níveis de saúde individuais e coletivos (Arsenault et al., 2020).

A confirmação que **existem diferenças entre a ACOS e ACCE entre Unidades de CSP** fornece dados importantes para a gestão, uma vez que demonstra, mais de 10

anos após a reforma dos CSP, que os modelos organizativos com maior autonomia funcional e gestão menos centralizada, são vantajosos para os clientes na oferta assistencial oferecida, influenciando positivamente a sua perceção sobre as organizações, mas também das consultas de enfermagem oferecidas.

A respeito da **ACCE por tipologia de consulta de enfermagem utilizada não se verificaram quaisquer relações estatisticamente significativas** (sig=1 em todas as comparações). Este achado que pode ser explicado por se ter observado uma avaliação muito positiva da consulta de enfermagem, e indicia que esta é apreciação é partilhada pela maioria dos utilizadores.

Foi avaliada a **utilização simultânea de subsistemas** para as mesmas consultas e CSP. Seria importante desenvolver em estudos futuros se esta utilização é complementar ou se trata de duplicação assistencial. Também neste âmbito se a aparente duplicação destes serviços acrescenta valor ao cliente pela necessidade de oferecer melhores serviços (Carvalho & Laurindo, 2010) ou se introduzem apenas cuidados de baixo valor, mas que aumentam a satisfação e perpetuam este modelo misto (Charlesworth et al., 2016; Kool et al., 2020; Rockwell, Michaels & Epling, 2022; Sanghavi, McWilliams, Schwartz & Zaslavsky, 2021; Takada et al., 2020). Neste estudo **não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre a ACCE e a utilização simultânea (ou não) de subsistemas de saúde para os mesmos serviços**.

A localização geodemográfica de implantação das Unidades em estudo é caracterizada por uma fortíssima oferta privada, de grande diferenciação e posicionamento no mercado agressivo, com áreas assistenciais que se cruzam às dos CSP. A existência de subsistemas de saúde que proporcionam um acesso simplificado às ofertas privadas leva frequentemente à duplicação de serviços. No entanto, a permanência nesta situação de utilização simultânea (empiricamente descrita pelos profissionais de CSP como tendencialmente crescente), pode indicar que os clientes valorizam os serviços prestados em CSP e, mesmo utilizando ofertas privadas, vêm vantagem em utilizar os serviços públicos em simultâneo.

Quando os clientes de CSP das Unidades em análise foram questionados sobre o que poderia alterar a sua perceção acerca das Unidades e consultas de enfermagem, **o tempo de espera, a oferta e divulgação assistencial, condições de trabalho e recursos humanos em défice** foram os mais vezes citados. Conclusões semelhantes já tinham sido reportadas em Portugal, onde se descreviam como fatores que melhorariam a acessibilidade, o incremento de recursos humanos, melhorias

ambientais/conforto, alargamento de horário e melhoria no atendimento aos utentes (Mendes et al., 2013; Rosa et al., 2007). A literatura descreve o atendimento telefónico como igualmente crítico (Goetz et al., 2019; Liu et al., 2011) e a liberdade esperada pelos clientes mais jovens/diferenciados em comunicarem com os profissionais e/ou organização através de vias alternativas à abordagem presencial ou plataformas digitais (Buccoliero et al., 2016). Todas as propostas devem ser alvo de atenção pela gestão das organizações no sentido de aproximar oferta assistencial às expectativas/preferências dos clientes, melhorando as suas experiências e dando respostas às suas necessidades de saúde (Grol et al., 2000).

CONCLUSÃO

Neste trabalho foi possível dar resposta aos objetivos propostos, tendo os resultados ido, na sua maioria, ao encontro de outros estudos desenvolvidos em CSP noutras realidades organizacionais e países.

As versões portuguesas adaptadas do questionário “Evaluation System for Patients’ Assessment of Health Services”, revelaram boa consistência interna global e por dimensão, indiciando serem instrumentos fiáveis para a avaliação multidimensional da organização e da consulta de enfermagem, na perspetiva dos clientes.

De uma forma geral a ACOS e ACCE é muito positiva, tendo este estudo demonstrado que as realidades organizacionais em CSP influenciam a perceção dos clientes acerca das organizações e consultas de enfermagem: Nas USF (independentemente do modelo) as avaliações são mais positivas do que nas UCSP, o que demonstra ganhos importantes na mudança de paradigma introduzida em Portugal na primeira década de 2000.

Demonstrou-se também que a tipologia de consultas de enfermagem utilizada não influenciou a ACOS nem ACCE nas Unidades em estudo, o que foi surpreendente e contra vários estudos já realizados.

Uma percentagem significativa de clientes dos CSP utiliza em simultâneo as mesmas consultas noutros subsistemas, contudo não se observam diferenças entre os grupos na avaliação que fazem.

A utilização deste **instrumento de colheita de dados** foi determinante para a avaliação de várias dimensões, simultaneamente, associadas às organizações e consulta de enfermagem. Esta perspetiva multi-dimensional fornece dados sensíveis à gestão, permitindo perceber de forma mais clara os pontos fortes e os que deverão ser alvo de estratégias de melhoria; mas também dá contributos importantes à compreensão da forma como as dimensões se relacionam e influenciam entre si.

Com a realização deste estudo levantam-se outras questões, que poderão ser desenvolvidas em **estudos futuros**, nomeadamente sobre a importância da definição de cuidados de baixo valor (com fraca qualidade e pior efetividade) em CSP e a sua eventual relação com a satisfação e intenção de reutilização dos serviços por parte dos clientes.

Como principais dificuldades na realização do presente trabalho, salienta-se a limitada disponibilidade de estudos que explorem as diferentes dimensões de avaliação, nomeadamente no contexto de CSP e em Portugal. Esta indisponibilidade limitou a discussão e comparabilidade dos resultados obtidos. A oportunidade de traduzir e iniciar o processo de validação para a população portuguesa do questionário utilizado, constituiu um desafio que estimulou o nosso desenvolvimento, mas por ser instrumento de colheita de dados recente, reconhecemos que ainda carece de ampla utilização, escrutínio e publicação em contextos diferentes.

Apesar do rigor que procurámos na obtenção da amostra, admitimos que a conjuntura "pós-pandémica" poderá ter influenciado a representatividade da amostra por Unidades e tipologia de consultas de enfermagem. Do mesmo modo, esta conjuntura poderá ter influenciado as perceções dos clientes sobre o desempenho das organizações e dos enfermeiros. Nesse sentido, olhamos com algum cuidado para os resultados obtidos e consideramos adequado alargar a avaliação a outros contextos e outros momentos.

BIBLIOGRAFIA

Abelsson, Tobias, Helena Morténius, Stefan Bergman, e Ann Kristin Karlsson. 2020. «Quality and availability of information in primary healthcare: the patient perspective». *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 0(0):1–9. doi: 10.1080/02813432.2020.1718311.

Ahmed, Selim, Kazi Md Tarique, e Ishtiaque Arif. 2017. «Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector». *International Journal of Health Care Quality Assurance* 30(5):477–88. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2017-0004.

Anabila, Peter, Desmond Kwadjo Kumi, e Janet Anome. 2019. «Patients' perceptions of healthcare quality in Ghana: A review of public and private hospitals». *International Journal of Health Care Quality Assurance* 32(1):176–90. doi: 10.1108/IJHCQA-10-2017-0200.

Anderson, James C., James A. Narus, e Wouter Rossum. 2017. «Propostas de valor para o cliente em mercados comerciais». Pp. 141–62 em *Marketing Estratégico - Harvard Business Review*, editado por Conjuntura Atual Editores. Pentaedro, Lda.

Andrade, Josivaldo Barreto, Maria De Belém Cavalcante, e Maíra Rosa Apostolico. 2017. «MARKETING PESSOAL E ENFERMAGEM: PROJEÇÃO PARA VISIBILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO». *Enfermagem em Foco* 8(1):82. doi: 10.21675/2357-707x.2017.v8.n1.946.

Arsenault, Catherine, Min Kyung Kim, Amit Aryal, Adama Faye, Jean Paul Joseph, Munir Kassa, Tizta Tilahun Degfie, Talhiya Yahya, e Margaret E. Kruk. 2020. «Hospital-provision of essential primary care in 56 countries: Determinants and quality». *Bulletin of the World Health Organization* 98(11):735-746D. doi: 10.2471/BLT.19.245563.

Arvidsson, Eva, Rob Dijkstra, e Zalika Klemenc-Ketiš. 2019. «Measuring quality in primary healthcare - Opportunities and weaknesses». *Zdravstveno Varstvo* 58(3):101–3. doi: 10.2478/sjph-2019-0013.

Asnawi, Assila Anis, Zainudin Awang, Asyraf Afthanorhan, Mahadzirah Mohamad, e Fazida Karim. 2019. «The influence of hospital image and service quality on patients' satisfaction and loyalty». *Management Science Letters* 9(6):911–20. doi: 10.5267/j.msl.2019.2.011.

Astuti, H. J., Tri S. M. Rahayu, e M. A. Miftahuddin. 2017. «Services Quality Analysis in Effort of Patient Satisfaction Improvement on Primary Healthcare». Pp. 60–70 em *Education Based on Human Resources Development and National Competitiveness*, editado por H. M. SriYanto.

Astuti, Herni J., e Keisuke Nagase. 2014. «Patient loyalty to health care organizations: Strengthening and weakening (satisfaction and provider switching)». *Journal of Medical Marketing* 14(4):191–200. doi: 10.1177/1745790415578311.

Astuti, Herni Justiana, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Aprilia Anggraeni, Guru Pendidikan, e Agama Islam. 2018. «Patient Loyalty to Healthcare Organisation : Service Quality , Brand Image , Brand Trust and Satisfaction (Study in Patients at Beauty Care Clinics)». (September). doi: 10.13140/RG.2.2.19098.08641.

Bartikowski, Boris, Gianfranco Walsh, e Sharon E. Beatty. 2011. «Culture and age as moderators in the corporate reputation and loyalty relationship». *Journal of Business Research* 64(9):966–72. doi: 10.1016/j.jbusres.2010.11.019.

Bernardo, Wanderley Marques. 2018. «Soluções sem valor para o paciente». (May).

Biscaia, André Rosa, António Pereira, Rui Cardeira, Amanda Cavada Fehn, e Tiago Vieira Pinto. 2018. «O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2017/2018». *USF-AN*.

Braun, Gisele Teixeira, e Luís Gomes Centeno. 2018. «Sistemas de saúde. Publicação ocasional nº1/2018». *Portugal. Conselho das Finanças Públicas* 1:1–26.

Buccoliero, Luca, Elena Bellio, Maria Mazzola, e Elisa Solinas. 2016. «A marketing perspective to "delight" the "patient 2.0": New and challenging expectations for the healthcare provider». *BMC Health Services Research* 16(1):1–12. doi: 10.1186/s12913-016-1285-x.

Calero, Remedios, e Martina G. Gallarza. 2018. «In which type of healthcare do patients show greater loyalty? (public sector management vs. public-private partnership)». *Revista Ciencias de la Salud* 16(3):391–408. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7259.

Camarinha, Daniela, Benny Kramer Costa, e Saulo Fabiano Amâncio-Vieira. 2013. «Dinâmica Da Cocriação De Valor No Setor Da Saúde: Um Estudo De Casos

Múltiplos No Mercado Paulista». *Pretexto* 14(1):88.

Caruana, Albert, Arthur H. Money, e Pierre R. Berthon. 2000. «Service quality and satisfaction – the moderating role of value». *European Journal of Marketing* 34(11/12):1338–53. doi: 10.1108/03090560010764432.

Carvalho, Marly Monteiro De, e Fernando Jose Barbin Laurindo. 2010. *Estratégia Competitiva*. 2ª Edição. editado por E. A. S.A. São Paulo, Brasil: São Paulo Editora S.A.

Chahal, Hardeep, e Neetu Kumari. 2011a. «Consumer perceived value and consumer loyalty in the healthcare sector». *Journal of Relationship Marketing* 10(2):88–112. doi: 10.1080/15332667.2011.577729.

Chahal, Hardeep, e Neetu Kumari. 2011b. «Evaluating customer relationship dynamics in healthcare sector through indoor patients' judgement». *Management Research Review* 34(6):626–48. doi: 10.1108/01409171111136176.

Charlesworth, Christina J., Thomas H. A. Meath, Aaron L. Schwartz, e K. John McConnell. 2016. «Comparison of low-value care in medicaid vs commercially insured populations». *JAMA Internal Medicine* 176(7):998–1004. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2086.

Correia, Cristina, Fernanda Dias, Manuela Coelho, e Paulo Vitorino. 2003. «Cuidados de saúde primários 2000 - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários». *Revista Portuguesa de Saude Publica* colume tem(December):75–82.

Costa, Carlos, Rui Santana, e Sílvia Lopes. 2013. *Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro*. editado por F. F. M. dos Santos. Lisboa: Guide - Artes Gráficas, Lda.

Davies, Gary, Rosa Chun, e Michael A. Kamins. 2010. «Reputation Gaps and the performance of service organizations». *Strategic Management Journal* 31(5):530–46. doi: 10.1002/smj.825.

Direção Geral de Saude. 2015. «Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020.» *Direção-Geral da Saúde* 38.

Drucker, Peter F. 1990. *As organizações sem fins lucrativos*. Difusão Cultural - Sociedade Editorial e Livreira, Lda.

Eberle, Luciene, Gabriel Milan, Sulivan Boschetti, e Zaida Reis. 2015. «O Impacto Do Valor Percebido, Reputação, Confiança E Custos De Troca Como Determinantes Da Retenção De Clientes». *Revista Global Manager* 15(1):20–35.

Elrod, James K., e John L. Fortenberry. 2018. «Catalyzing marketing innovation and competitive advantage in the healthcare industry: The value of thinking like an outsider». *BMC Health Services Research* 18.

Enthoven, Alain C., e Laura A. Tollen. 2005. «Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency.» *Health affairs (Project Hope)* Suppl Web(August 2005):420–33. doi: 10.1377/hlthaff.w5.420.

Eren, Arzu B. 2020. «The Effect of Perceived Service Quality in Health Services on Satisfaction and Loyalty : Comparison of Ankara Province Public and Private Hospitals The Effect of Perceived Service Quality in Health Services on Satisfaction and Loyalty : Comparison of Anka». (November 2019).

Ferreira, Maria Manuela Frederico. 2012. «Gestão em Enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias». *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde - Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (November):57–73.

Ferreira, Pedro Lopes, Vitor Raposo, e Paula Godinho. 2005. *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. I. editado por Instituto de Qualidade em Saúde. Ministério da Saúde.

Fiscella, Kevin, Mechelle R. Sanders, e Jennifer K. Carroll. 2021. «Transforming Health Care to Address Value and Equity: National Vital Signs to Guide Vital Reforms». *JAMA - Journal of the American Medical Association* 326(2):131–32.

Fournier, Susan, e Lara Lee. 2017. «Acertar nas comunidades de marca». Pp. 163–82 em *Marketing Estratégico - Harvard Business Review*, editado por Conjuntura Atual Editores. Coimbra: Pentaedro, Lda.

Frederico-Ferreira, Manuela, e Cristiana Silva. 2012. «Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros». *Revista de Enfermagem Referência* III Série(nº 8):85–93. doi: 10.12707/riii1238.

Ganesh, Jaishankar, Mark J. Arnold, e Kristy E. Reynolds. 2000. «Understanding the customer base of service providers: An examination of the differences between switchers and stayers». *Journal of Marketing* 64(3):65–87. doi: 10.1509/jmkg.64.3.65.18028.

Ganguli, Ish, Cani, Nancy E. Morden, Ching Wen Wendy Yang, Maia Crawford, e Carrie H. Colla. 2021. «Low-Value Care at the Actionable Level of Individual Health Systems». *JAMA Internal Medicine* 181(11):1490–1500.

Gentil, Rossana Chami. 2009. «O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história

explica por quê?» *Revista Brasileira de Enfermagem* 62, n(Associação Brasileira de Enfermagem):916–18.

Goetz, Katja, Marianne Jossen, Thomas Rosemann, Sigrid Hess, Marc Brodowski, e Paula Bezzola. 2019. «Is patient loyalty associated with quality of care? Results of a patient survey over primary care in Switzerland». *International Journal for Quality in Health Care* 31(3):199–204. doi: 10.1093/intqhc/mzy142.

Göransson, Malin, Anna-Carin Persson, e Anna Abelsson. 2020. «Triage in primary healthcare». *Nordic Journal of Nursing Research* (March):205715852090945. doi: 10.1177/2057158520909451.

Gorman, Des. 2018. «Reforming primary healthcare». *Journal of Primary Health Care* 10(1):3–5. doi: 10.1071/HCv10n1_ED2.

Grol, R., M. Wensing, J. Mainz, H. P. Jung, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, F. Olesen, S. Reis, M. Ribacke, e J. Szecsenyi. 2000. «Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison». *British Journal of General Practice* 50(460):882–87.

Guo, Lin, Jing Jian Xiao, e Chuanyi Tang. 2009. «Understanding the psychological process underlying customer satisfaction and retention in a relational service». *Journal of Business Research* 62(11):1152–59. doi: 10.1016/j.jbusres.2008.10.020.

Gustafsson, Anders, Michael D. Johnson, e Inger Roos. 2005. «The effects of customer satisfaction, relationship commitment dimensions, and triggers on customer retention». *Journal of Marketing* 69(4):210–18. doi: 10.1509/jmkg.2005.69.4.210.

Hesbeen, Walter. 1998. *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hur, Yunyoung, Seowoo Nam, e Sergio W. Carvalho. 2014. «The Mediating Effect of Trust and Value on Loyalty». *Journal of Marketing Thoughts* 01(03):48–58. doi: 10.15577/jmt.2014.01.03.6.

Kelly, David L., e Scott Rusz. sem data. «CASE STUDY:value-based compensation for primary care a success story». *healthcare financial management association*, 48–55.

Kijima, Tsunetaka, Akira Matsushita, Kenju Akai, Tsuyoshi Hamano, Satoshi Takahashi, Kazushige Fujiwara, Yuko Fujiwara, Makoto Sato, Toru Nabika, Kristina Sundquist, Jan Sundquist, Yutaka Ishibashi, e Shunichi Kumakura. 2021.

«Patient satisfaction and loyalty in Japanese primary care: a cross-sectional study». *BMC Health Services Research* 21(1). doi: 10.1186/s12913-021-06276-9.

Kim, Jeoungkun, Soongeun Hong, Jinyoung Min, e Heeseok Lee. 2011. «Antecedents of application service continuance: A synthesis of satisfaction and trust». *Expert Systems with Applications* 38(8):9530–42. doi: 10.1016/j.eswa.2011.01.142.

Kim, Yeon Yong, Jaekyoung Bae, e Jin Seok Lee. 2017. «Effects of patients' motives in choosing a provider on determining the type of medical institution». *Patient Preference and Adherence* 11:1933–38. doi: 10.2147/PPA.S148530.

Kool, Rudolf Bertijn, Eva W. Verkerk, Lieke Ja Winnemuller, Tjerk Wiersma, Gert P. Westert, Jaco S. Burgers, e Simone A. van Dulmen. 2020. «Identifying and de-implementing low-value care in primary care: the GP's perspective-a cross-sectional survey». *BMJ open* 10(6):e037019. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037019.

Kroneman, Madelon W., Hans Maarse, e Jouke Van Der Zee. 2006. «Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study». *Health Policy* 76(1):72–79. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.05.003.

Lai, Ivan K. W. 2015. «The Roles of Value, Satisfaction, and Commitment in the Effect of Service Quality on Customer Loyalty in Hong Kong–Style Tea Restaurants». *Cornell Hospitality Quarterly*. doi: 10.1177/1938965514556149.

Lapão, Luís Velez, e Gilles Dussault. 2012. «From policy to reality: Clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal». *International Journal of Health Planning and Management* 27(4):295–307. doi: 10.1002/hpm.2111.

Lee, Sunhee, Hyunmi Kim, Juhye Kim, e Gwiyeom Ha. 2008. «How are consumers, service and market factors related to customer loyalty in medical service? - Targeting the medical consumer in a city -». *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 41(5):315–22. doi: 10.3961/jpmph.2008.41.5.315.

Leisen, Birgit, e Michael R. Hyman. 2004. «Antecedents and consequences of trust in a service provider. The case of primary care physicians». *Journal of Business Research* 57(9):990–99. doi: 10.1016/S0148-2963(02)00343-0.

van Lierop, Dea, e Ahmed El-Geneidy. 2016. «Enjoying loyalty: The relationship between service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions in public transit». *Research in Transportation Economics* 59:50–59. doi: 10.1016/j.retrec.2016.04.001.

Liu, Chung Tzer, Yi Maggie Guo, e Chia Hui Lee. 2011. «The effects of relationship

quality and switching barriers on customer loyalty». *International Journal of Information Management* 31(1):71–79. doi: 10.1016/j.ijinfomgt.2010.05.008.

Low, Lian Leng, Yu Heng Kwan, Nan Liu, Xuan Jing, Edwin Cheng Tee Low, e Julian Thumboo. 2017. «Evaluation of a practical expert defined approach to patient population segmentation: A case study in Singapore». *BMC Health Services Research* 17(1):1–9. doi: 10.1186/s12913-017-2736-8.

MacMillan, Keith, Kevin Money, Steve Downing, e Carola Hillenbrand. 2005. «Reputation in Relationships: Measuring Experiences, Emotions and Behaviors». *Corporate Reputation Review* 8(3):214–32. doi: 10.1057/palgrave.crr.1540251.

MacStravic, S. 1999. «The value marketing chain in health care.» *Marketing health services* 19(1):14–19.

MarketLine. 2017. «Healthcare Providers in Europe». (Avril):1–38.

Martin, Vivien, e Euan Henderson. 2004. *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Monitor - Projetos e Edições, Lda.

Meira Sagaz, Sidimar, e Deison Alencar Lucietto. 2016. «Marketing social aplicado à saúde coletiva: definições, usos, aplicações e indicadores da produção científica brasileira». *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração* 10(3):16. doi: 10.12712/rpca.v10i3.746.

Mendes, Felismina, Maria Mantovani, Maria Gemito, e Manuel Lopes. 2013. «A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários». *Revista de Enfermagem Referência* III Série(nº 9):17–25. doi: 10.12707/riii1281.

Milan, Gabriel Sperandio, e Guilherme Trez. 2005. «Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde». *RAE eletrônica* 4(2). doi: 10.1590/s1676-56482005000200002.

Ministério da Saúde. 2006. «Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários». (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro (Diário da República n.º 196, I Série B)):107.

Mold, James W., Frank Lawler, Kyle J. Schauf, e Cheryl B. Aspy. 2012. «Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study». *Journal of the American Board of Family Medicine* 25(4). doi: 10.3122/jabfm.2012.04.120106.

Moreira, Sara, e Pedro Pita Barros. 2009. «O Impacto da Dupla Cobertura na

Utilização de Cuidados de Saúde». *Boletim Económico, Banco de Portugal* 205–27.

Nánási, Anna, Tímea Ungvári, László R. Kolozsvári, Szilvia Harsányi, Zoltán Jancsó, Levente I. Lánczi, Lajos Mester, Csaba Móczár, Csilla Semanova, Péter Schmidt, Judit Szidor, Péter Torzsa, Mária Végh, e Imre Rurik. 2021. «Expectations, values, preferences and experiences of Hungarian primary care population when accessing services: Evaluation of the patient's questionnaires of the international QUALICOPC study». *Primary Health Care Research and Development* 22. doi: 10.1017/S1463423620000596.

Nijmeijer, Karlijn J., Isabelle N. Fabbricotti, e Robbert Huijsman. 2014. «Is franchising in health care valuable? A systematic review». *Health Policy and Planning* 29(2):164–76. doi: 10.1093/heapol/czt001.

Nygren Zotterman, Anna, Lisa Skär, Malin Olsson, e Siv Söderberg. 2014. «District nurses' views on quality of primary healthcare encounters». *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(3):418–25. doi: 10.1111/scs.12146.

O'Brien, Sinéad, Nicola Edge, e Simon Clark. 2016. «A strategy to reposition the South Australian health system for quality and value». *Australian Journal of Primary Health* 22(1):26–33. doi: 10.1071/PY15038.

Oliver-Baxter, Jodie, Lynsey Brown, e Paresh Dawda. 2017. «Should the healthcare compass in Australia point towards value-based primary healthcare?» *Australian Health Review* 41(1):98–103. doi: 10.1071/AH15104.

OMS. 2008. *Agora Mais Que Nunca*.

Özer, Leyla, Pınar Başgöze, e Ayça Karahan. 2017. «The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey». *Total Quality Management and Business Excellence* 28(7–8):782–800. doi: 10.1080/14783363.2015.1124723.

Papp, Renata, Ilona Borbas, Eva Dobos, Maren Bredehorst, Lina Jaruseviciene, Tuulikki Vehko, e Sandor Balogh. 2014. «Perceptions of quality in primary health care: Perspectives of patients and professionals based on focus group discussions». *BMC Family Practice* 15(1):1–13. doi: 10.1186/1471-2296-15-128.

Parasuraman, A., e Dhruv Grewal. 2000. «The impact of technology on the quality-value-loyalty chain: A research agenda». *Journal of the Academy of Marketing Science* 28(1):168–74. doi: 10.1177/0092070300281015.

Pascoal, Ana, e Sofia Silva. 2009. «Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do

Sistema». *Associação Portuguesa de Seguradores* 1–286.

Pevec, Teodor, e Aleksandra Pisnik. 2018. «Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services». *Zdravstveno Varstvo* 57(4):175–82. doi: 10.2478/sjph-2018-0022.

Pisnik, Aleksandra, e Teodor Pevec. 2017. «the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services». *Ekonomska misao i praksa* (2):611–35.

Porter, By Michael E. 2007. *Estratégia e vantagem competitiva*. Edição exc. editado por P.-C. S. SA.

Ramsaran-Fowdar, Rooma Roshnee. 2013. «Assessing the influence of switching barriers on patients' expectations and tolerance zone». *International Journal of Health Care Quality Assurance* 26(3):236–49. doi: 10.1108/09526861311311427.

Rockwell, Michelle S., Kenan C. Michaels, e John W. Epling. 2022. «Does de-implementation of low-value care impact the patient-clinician relationship? A mixed methods study». *BMC Health Services Research* 22(1). doi: 10.1186/s12913-021-07345-9.

Rodrigues, Ana, Ana Queirós, e Carlos Pires. 2016. «A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: aplicação a uma organização de cuidados sociais e de saúde». *Revista Portuguesa de Saude Publica* 34(3):292–304. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.08.001.

Rodrigues, António Teixeira, Ana Castro, Carla Magalhães, Christian Taveira, Diogo Serpa Viana, Mafalda Ruas Gonçalves, Miguel Fernandes, Rita Carmo Ferreira, e Rui Palhais da Silva. 2017. «Barreiras aos cuidados de saúde». 29–41.

Rosa, Felismina, Parreira Mendes, Ana Maria Aguiar Frias, Maria Antónia Fernandes, Caeiro Chora, Maria Laurência, Parreirinha Gemito, Maria Otília, Brites Zangão, Sílvia Manuela, e Guerreiro Mestre-Escola. sem data. «ACCESSIBILITY AND PRIMARY HEALTH CARE-THE REVIEW OF USERS ACESSIBILIDADE E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS-A OPINIÃO DOS UTENTES ACCESIBILIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD-LA REVISIÓN DE LOS USUARIOS». doi: 10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201216.

Rosa, Maria João Valente, e Paulo Chitas. 2010. «saúde». Pp. 44–58 em *Portugal:os Números*, editado por F. F. M. dos Santos. Lisboa: Relógio dÁgua Editores.

Rust, Roland T., Christine Moorman, e Gaurav Bhalla. 2017. «Repensar o Marketing». Pp. 9–24 em *Marketing Estratégico - Harvard Business Review*, editado por C. A.

Editora. Coimbra: Pentaedro, Lda.

Samudro, Andreas, Ujang Sumarwan, Megawati Simanjuntak, e Eva Z. Yusuf. 2020. «Assessing the effects of perceived quality and perceived value on customer satisfaction». *Management Science Letters* 10(5):1077–84. doi: 10.5267/j.msl.2019.11.001.

Sánchez-Fernández, Raquel, e M. Ángeles Iniesta-Bonillo. 2007. «The concept of perceived value: A systematic review of the research». *Marketing Theory* 7(4):427–51. doi: 10.1177/1470593107083165.

Sanghavi, Prachi, J. Michael McWilliams, Aaron L. Schwartz, e Alan M. Zaslavsky. 2021. «Association of Low-Value Care Exposure with Health Care Experience Ratings among Patient Panels». *JAMA Internal Medicine* 181(7):941–48. doi: 10.1001/jamainternmed.2021.1974.

Santos, Osvaldo, André Biscaia, Ana Rita Antunes, Isabel Craveiro, António Júnior, Rita Caldeira, e Pascale Charondière. 2007. «Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais». 255.

Shabbir, Asma, Shahab Alam Malik, e Shu Malik. 2016. «Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan». *International Journal of Quality and Reliability Management* 33(5):538–57. doi: 10.1108/IJQRM-06-2014-0074.

Shemwell, Donald J., Ugur Yavas, e Zeynep Bilgin. 1998. «Customer-service provider relationships: An empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes». *International Journal of Service Industry Management* 9(2):155–68. doi: 10.1108/09564239810210505.

Sirdeshmukh, Deepak, Jagdip Singh, e Barry Sabol. 2002. «Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges». *Journal of Marketing* 66(1):15–37. doi: 10.1509/jmkg.66.1.15.18449.

Sofaer, Shoshanna, e Kirsten Firminger. 2005. «Patient Perceptions of the Quality of Health Services». *Annual Review of Public Health* 26(1):513–59. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958.

Tabrizi, Jafar Sadegh, Saber Azami-aghdash, e Hojatolah Gharaee. 2020. «Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review». *Journal of Primary Care and Community Health* 11.

Tabrizi, Jafar Sadegh, Mostafa Farahbakhsh, Shabnam Iezadi, e Alireza Mahboub Ahari. 2017. «Design and implementation of pay-for-quality in primary healthcare:

A case study from Iran». *Australasian Medical Journal* 10(6):449–59. doi: 10.21767/AMJ.2017.2890.

Takada, Toshihiko, Sander van Doorn, Christiana A. Naaktgeboren, Pauline Heus, Lotty Hooft, Jan Willem Weenink, e Simone A. van Dulmen. 2020. «Strategies to reduce the use of low-value medical tests in primary care: A systematic review». *British Journal of General Practice* 70(701):E858–65. doi: 10.3399/bjgp20X713693.

Tamilselvi, A., e Rajee Reghunath. 2014. «A Cross Sectorial Study to Mesure Patients perception on quality of Nursing Care at Medical Wards». *Nitte University Journal of Health Science* NUJHS Vol.:21–23.

Toledo, Geraldo Luciano, e Sérgio Luiz do Amaral Moretti. 2016. «Valor para o Cliente e Valor do Cliente: Conceitos e Implicações para o Processo de Marketing». *Desenvolvimento em Questão* 14(35):400. doi: 10.21527/2237-6453.2016.35.400-419.

Tootelian, Dennis H., Andrey Mikhailitchenko, Cindy Holst, e Ralph M. Gaedeke. 2016. «How much segmentation is needed in the health care marketplace? An exploratory study of HMO and non-HMO customers». *Health Marketing Quarterly* 33(1):31–47. doi: 10.1080/07359683.2016.1131578.

Uysal, By Burhanettin, e Mehmet Yorulmaz. 2020. «How Patient Loyalty Affects Patient Satisfaction». (March). doi: 10.30958/ajhms.7-1-2.

Vachon, Brigitte, Bruno Désorcy, Michel Camirand, Jean Rodrigue, Louise Quesnel, Claude Guimond, Martin Labelle, Johanne Fournier, e Jeremy Grimshaw. 2013. «Engaging primary care practitioners in quality improvement: Making explicit the program theory of an interprofessional education intervention». *BMC Health Services Research* 13(1). doi: 10.1186/1472-6963-13-106.

Vera, Marcela García, Miriam Aparecida Barbosa Merighi, Claudete Aparecida Conz, Marcelo Henrique da Silva, Deíse Moura de Oliveira, Maria Cristina Pinto de Jesus, e Luz Angélica Muñoz González. 2017. «Desempeño de las enfermeras en Atención Primaria de Salud: un Enfoque Fenomenológico». *Revista Eletrônica de Enfermagem* 19. doi: 10.5216/ree.v19.41413.

White, Tiffany Barnett, Katherine N. Lemon, e John E. Hogan. 2007. «Customer retention when the customer's future usage is uncertain». *Psychology and Marketing* 24(10):849–70. doi: 10.1002/mar.20187.

Yang, Yan, Xiaoming Liu, Fengjie Jing, e Jun Li. 2014. «How does perceived value

affect travelers' satisfaction and loyalty?» *Social Behavior and Personality*. doi: 10.2224/sbp.2014.42.10.1733.

Yang, Zhilin, e Robin T. Peterson. 2004. «Customer perceived value, satisfaction, and loyalty». *The role of switching costs*. doi: 10.1002/mar.20030 M4 - Citavi.

Zain, N. A. M., M. S. M. Zahari, M. H. Hanafiah, e R. Ahmad. 2016. «A conceptual framework on perceived values, satisfaction and behavioral intention of medical tourism». *Heritage, Culture and Society: Research agenda and best practices in the hospitality and tourism industry - Proceedings of the 3rd International Hospitality and Tourism Conference, IHTC 2016 and 2nd International Seminar on Tourism, ISOT 2016* (January):89–94. doi: 10.1201/9781315386980-16.

Zeithaml, Valarie A. 1988. «Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence». *Journal of Marketing* 52(3):2–22. doi: 10.1177/002224298805200302.

Zeithaml, Valarie A. 2000. «Service quality, profitability, and the economic worth of customers: What we know and what we need to learn». *Journal of the Academy of Marketing Science* 28(1):67–85. doi: 10.1177/0092070300281007.

Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry, e A. Parasuraman. 1996. «The Behavioral Consequences of Service Quality». *Journal of Marketing* 60(2):31–46. doi: 10.1177/002224299606000203.

Zhou, Wei Jiao, Qiao Qin Wan, Cong Ying Liu, Xiao Lin Feng, e Shao Mei Shang. 2017. «Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review». *International Journal for Quality in Health Care* 29(4):442–49. doi: 10.1093/intqhc/mzx058.

Lista de Apêndices

Apêndice 1	Tradução e adaptação do instrumento de colheita de dados
Apêndice 2	Questionário (versão papel)
Apêndice 3	Protocolos de submissão à Comissão de Ética em Saúde
Apêndice 4	Consentimento informado (versão papel)
Apêndice 5	Consentimento informado e Questionário (versão desmaterializada)
Apêndice 6	Extração dados SPSS análise descritiva – caracterização da amostra
Apêndice 7	Extração dados SPSS análise descritiva – ACOS
Apêndice 8	Extração dados SPSS análise descritiva – ACCE
Apêndice 9	Extração dados SPSS - Análise da fiabilidade do instrumento de colheita de dados
Apêndice 10	Extração dados SPSS análise inferencial

Lista de Anexos

Anexo 1	Autorizações dos autores para utilização do instrumento de colheita de dados original
Anexo 2	Documentos de submissão à Comissão de Ética em Saúde
Anexo 3	Parecer Final da Comissão de Ética em Saúde
Anexo 4	The Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services (Pisnik&Pevec 2017)
Anexo 5	Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services (Pevec&Pisnik 2018)

Lista de Apêndices

Apêndice 1 Tradução e adaptação do instrumento de colheita de dados
Apêndice 2 Questionário (versão papel)
Apêndice 3 Protocolos de submissão à Comissão de Ética em Saúde
Apêndice 4 Consentimento informado (versão papel)
Apêndice 5 Consentimento informado e Questionário (versão desmaterializada)
Apêndice 6 Extração dados SPSS análise descritiva – caracterização da amostra
Apêndice 7 Extração dados SPSS análise descritiva – ACOS
Apêndice 8 Extração dados SPSS análise descritiva – ACCE
Apêndice 9 Extração dados SPSS - Análise da fiabilidade do instrumento de colheita de dados
Apêndice 10 Extração dados SPSS análise inferencial

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
VERSÃO ORIGINAL (ing)	**PRIMEIRA TRADUÇÃO (ing-port 1)**	**SEGUNDA TRADUÇÃO (ing-port 2)**	**VERSÃO DE CONCILIAÇÃO (port 1 e 2)**
V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital	O1 - Qualidade da Organização e da equipa da Organização:	VI V1: QUALIDADE DO SERVIÇO e da equipa do hospital:	O1 - Qualidade da Organização e da equipa da Organização:
The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	A equipa desta organização faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.	A equipa desta instituição faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.	A equipa desta organização faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.
The personnel of this institution helps in na adequate and quick way.	A equipa desta organização fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.	A equipa desta instituição fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.	A equipa desta organização fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.
The personnel of this institution is familiar with its area of work.	A equipa desta organização está familiarizada com está área de trabalho.	A equipa desta instituição está familiarizada com está área de trabalho.	A equipa desta organização está familiarizada com está área de trabalho.
V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:	O2 - Reputação geral da Organização e da equipa:	VI V2: REPUTAÇÃO GERAL DO HOSPITAL e da equipa:	O2 - Reputação geral da Organização e da equipa:
Thins instututions has good status in the surrounding.	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.	Esta instituição tem um bom estatuto na sua zona.	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.
The employees of this institution are very respectec in public	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.	Os funcionários desta instituição são muito respeitados em público.	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.
The management of this institution is very respectec in public	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.	A gestão desta instituição é muito respeitada em público.	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.
Media usually report positively on this institution.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta instituição.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.
V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização	VI V3: VALOR DO HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização
I perceive more good than bad things in the institution.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta instituição.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.
All in all, this is the institution whith a high value of services.	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.	No geral, esta é uma instituição com serviços de alta qualidade.	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.
This institution has good ratio between all the received benefits na all losses that I have at the same time.	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.	Esta instituição tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.
V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects oh the visit:	O4 -Aspetos de duração e custos da visita	VI V4: PERÍODO DE TEMPO E CUSTOS da visita:	O4 -Aspetos de duração e custos da visita
A visit to this institution ruins my other plans, which leads to incovenient situations.	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.	Uma visita a esta instituição impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
A treatment in this institution represents a great deal of expense to me	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.	Um tratamento nesta instituição representa gastos elevados para mim.	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.
A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).	Uma visita a esta instituição está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).
V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização	VI V5: SATISFAÇÃO com um tratamento no hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização
A decision to visit this institution was a smart decision.	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.	A decisão de visitar esta instituição foi uma boa decisão.	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.
I have mostly good experience whith the institution.	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.	Tive sobretudo boas experiências com esta instituição.	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.
It came to my notice that other people have good experience with this institution.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta instituição.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.
V6: RECOMMENDATIONS:	O6 – Recomendações	VI V6: RECOMENDAÇÕES:	O6 – Recomendações
I will again choose this institution in the future in case I need it.	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.	Voltarei a escolher esta instituição no futuro caso necessite.	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.
I woud be happy to recommend this institution also to other people.	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.	Recomendaria esta instituição a outras pessoas.	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.
I always speak positively about this health institution.	Falaria sobre esta Organização sempre de forma positiva.	Falaria sobre esta instituição sempre de forma positiva.	Falaria sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Fase 4

Fase 5

TERCEIRA TRADUÇÃO (port-ing)		VERSÃO ORIGINAL		ANÁLISE SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	VERSÃO PORTUGUESA FINAL
O1 - Quality of the Hospital and Hospital team:		V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais:
The team at this hospital makes me feel safe during treatment.		The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.
The team at this hospital provides adequate and speedy assistance.		The personnel of this institution helps in na adequate and quick way.		TEAM vs PERSONNEL; speedy/ quick way - VALIDADOS	Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.
The team at this hospital is familiar with this field of work.		The personnel of this institution is familiar with its area of work.		TEAM vs PERSONNEL; hospital/institution; field of work/area of work - VALIDADOS	Os Profissionais desta organização estão familiarizados com está área de trabalho.
O2 - General reputation of the Hospital and the team		V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais:
This hospital has a good reputation in its area.		This instututions has good status in the surrounding.		hospital/institution; area, surrounding - VALIDADO	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.
The employees of this Hospital are greatly respected by the public.		The employees of this institution are very respectec in public		hospital/institution - VALIDADO	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.
The management of this Hospital is greatly respected by the public.		The management of this institution is very respectec in public		hospital/institution - VALIDADO	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.
The media, in general, reports positively on this Hospital.		Media usually report positively on this institution.		hospital/institution; (sinalização gráfica)	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.
O3 - Perceived value of the Hospital		V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:		V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização
I see more positive aspects at this Hospital than negative ones.		I perceive more good than bad things in the institution.		hospital/institution - VALIDADO	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.
In general, this Hospital provides high-quality services.		All in all, this is the institution whith a high value of services.		hospital/institution - VALIDADO ; value/quality	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.
This Hospital has a good percentage of benefits received compared to its losses.		This institution has good ratio between all the received benefits na all losses that I have at the same time.		hospital/institution; ratio, percentage; (at the same time) - VALIDADO	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.
O4 - Duration and cost of the visit		V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects oh the visit:		timeline/duration - VALIDADO	O4 -Aspetos de duração e custos da visita
A visit to this Hospital prevents me from carrying out my plans, resulting in inconvenient situations.		A visit to this institution ruins my other plans, which leads to incovenient situations.		hospital/institution - VALIDADO	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
Treatment at this Hospital means high costs for me.		A treatment in this institution represents a great deal of expense to me		hospital/institution; high costs/great deal of expense - VALIDADO	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.
A visit to this Hospital is related with material costs (transport, parking, loss of income, payment of services)		A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).		hospital/institution; transport/travel expense; earnings/income; parking (fee) - VALIDADO	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).
O5 - Satisfaction with treatment at the Hospital		V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:		V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização
The decision to visit this Hospital was a good one.		A decision to visit this institution was a smart decision.		hospital/institution - VALIDADO	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.
Above all, I have had good experiences at this Hospital.		I have mostly good experience whith the institution.		I have had good experiences/I have mostly good experience - VALIDADO	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.
I noticed that other people had good experiences at this Hospital.		It came to my notice that other people have good experience with this institution.		I noticed/It came to my notice - VALIDADO	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.
O6 - Recommendations		V6: RECOMMENDATIONS:		V6: RECOMMENDATIONS:	O6 – Recomendações
I will choose this Hospital again if required.		I will again choose this institution in the future in case I need it.		if required/in case I need it - VALIDADO	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.
I would recommend this Hospital to other people.		I woud be happy to recommend this institution also to other people.		I would recommend/I woud be happy to recommend - VALIDADO	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.
I would always speak positively about this Hospital.		I always speak positively about this health institution.		Hospital/health institution - VALIDADO	Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

PRESSUPOSTOS ADAPTAÇÃO INTEGRATIVA
Hospital/Institution serão traduzidos como Organização
Team e Personnel são conceitos semânticamente idênticos, traduzidos por Profissionais (de saúde)
Sempre que semamticamente idênticos, os conceitos são validados

EVALUATION SYSTEM FOR PATIENTS' ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES

Caixa de entrada

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> 07/05/2021, 20:29 (há 13 dias)

para aleksandra.pisnik, teodor.pevec, redetebl+63

My name is Ana Teresa Vieira, I am a nurse specialized in primary health care and currently I am also a Master student in Nursing - Health Care Management by Orientation of Amélia Filomena Mendes Castilho (Rn, MSc on heath care economy and management, PhD on Nurse Sciences); in Coimbra, Portugal.

I found your article "Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services" extremely interesting.
It has answered some areas of my interest, not yet properly worked on heath care practice and that I would like to explore in the near future.

In my academic career, I will develop a research study in 3 different primary care providers in Lisbon, and I am very interested in using your questionnaire if you allow me so.
I am aware of translation procedures, as well as the validation for the Portuguese population and primary health services.

I hope to find significant results that may help heath care providers, especially nurses, to conceive more effective family interventions based on value and loyalty which may help to built more robust health performance results.
Asks for approval.
Ana Teresa Vieira

Aleksandra Selinšek <aleksandra.selinsek1@um.si> 06:57 (há 3 horas)

para mim

Dear Ana Teresa Vieira,

you can always use published questionnaire under condition that you cite the original authors properly.

I wish you a lot of success with your research.

If you are interested for comparison of the results let us know.

Best regards,

izr. prof. dr. Aleksandra Selinšek
Univerza v Mariboru | University of Maribor
Ekonomsko-poslovna fakulteta
Faculty of Economics and Business
Razlagova 14, 2000 Maribor, Slovenija
T: +386 (0)2 22 90 342
E: aleksandra.selinsek1@um.si www.epf.um.si

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> 09:48 (há 18 minutos)

para Aleksandra

Thank you very much for your answer!

I will be happy to share the results of data collection in the context of primary health care.
You will always have my commitment with respect to the origin and property of the original document that will serve as a basis for the development of the investigation, through the appropriate citation of the authors.
Best regards

Ana Teresa Vieira

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do projecto " **Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem",** no **ACES Lisboa Norte** sob a responsabilidade da Srª Enfª Ana Teresa Vieira, tendo como orientadora Profª Doutora Amélia Castilho.

Dr. João Ramires
Presidente do C. Clínico e da Saúde
ACES Lisboa Norte

12/7/2021

Dra. Eunice Carrapiço

Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

Data

Envia para o Núcleo de Investigação do ACES (Prof. Bruno Heleno). Concordo com o estudo. (12/7/2021)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte,

Dra. Eunice Carrapiço

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade e proteção dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Pretendo colher a Sua autorização para desenvolver a investigação no ACES Lisboa Norte, se considerar estarem reunidas condições logísticas, humanas e éticas nas Unidades de Saúde Familiares Parque e Benfica-Jardim e USCP de Sete Rios.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

REGISTO N.º 2096

DATA 07-07-2021

Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

Caixa de entrada

Ana Teresa Vieira sexta, 30/07, 17:44 (há 9 dias)

Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver

Paulo Coelho | USF Parque segunda, 2/08, 12:45 (há 6 dias)

para mim, Susana

Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.

Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Ach importante articular com a equipa de enfermagem.

Melhores cumprimentos

Paulo Baptista Coelho
Médico de Família
Coordenador da USF Parque

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa, Av. Do Brasil nº 53
1749-080 Lisboa

TEL: +351 217 816 474(5) FAX: +351 217 816 477

paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

...

[Mensagem reduzida] Ver toda a mensagem

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> segunda, 2/08, 16:28 (há 6 dias)

para atv

---------- Forwarded message ----------
From: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>
Date: Mon, 2 Aug 2021 11:45:33 +0000
Subject: RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque
To: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>, Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>

Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.

Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Acho importante articular com a equipa de enfermagem.

Melhores cumprimentos

Paulo Baptista Coelho

Médico de Família

Coordenador da USF Parque

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.
|
REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa, Av. Do Brasil nº 53

1749-080 Lisboa

TEL: +351 217 816 474(5) FAX: +351 217 816 477

paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

[cid:3b1aaca1-b437-4bf0-8e54-921d9015718a]
[cid:30924a6e-85d3-4562-ab50-747d11424ae9]
[SNS]
[Mascara_2020]

Susana Margarida Santos | USF Parque quarta, 4/08, 09:35 (há 4 dias)

para mim

Bom dia,

muitos parabéns pela temática escolhida.
Pode contar com a equipa de enfermagem da USF do Parque para colaborar no trabalho de investigação.

Com os meus melhores cumprimentos
Susana Santos

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

Boa tarde
Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver investigação sob o tema "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem".
Após aprovação por parte da Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, venho por este meio solicitar autorização para realizar uma parte do trabalho de Investigação da Dissertação de Mestrado na Unidade de Saúde Familiar Parque.
Pretende-se a realização de um questionário em formato físico (papel) ou desmaterializado (google forms) aos utilizadores de várias Consultas de Enfermagem, conforme descrito no documento de pedido de autorização.
Junto anexo uma breve apresentação do Projeto de Investigação, o Questionário que se pretende aplicar e os pedidos formais devidamente assinados.
Peço deferimento

Teresa Vieira

Pedido de Autorização para reali | Gmail - Pedido de Autorização p

mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=dd3af059c1&view=lg&permmsgid=msg-f:1709886378980891082

Apps | Gmail | YouTube | Maps | Lista de leitura

Gmail

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>

Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Benfica-Jardim

Manuela Cruz | USF Benfica Jardim <maria.m.cruz@arslvt.min-saude.pt> 3 de setembro de 2021 às 14:12
Para: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Cc: Sofia Pimenta | USF Benfica Jardim <sofia.pimenta@arslvt.min-saude.pt>, EXT_GTUCC_Eunice_Carrapico <eunicecarrapico@gmail.com>

Ana Teresa

É com prazer que informo que a equipa de enfermagem da USF Benfica Jardim, aceita participar no estudo de investigação sob o tema "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", decisão tomada na última reunião de enfermagem que teve lugar no dia 18-8-2021, com a seguinte informação:

Foi aprovada pelas enfermeiras presente a colaboração da equipa no trabalho de Mestrado em enfermagem "Perceção dos clientes sobre as unidades de CSP e consultas de enfermagem"

Com os melhores cumprimentos

Dra MANUELA CRUZ
Médica, Assistente Graduada Sênior de MGF
Coordenadora da USF Benfica Jardim
maria.m.cruz@arslvt.min-saude.pt

USF BENFICA JARDIM
Rua General Morais Sarmento, - 1º - 1500-310 Lisboa

Escreva aqui para procurar | 25°C | 19:34 05/09/2021

E-mail – Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte – Outlook - Google Chrome

outlook.office.com/mail/deeplink?popoutv2=1&version=20210823004.07

Responder a todos | Eliminar | Lixo | Bloquear

RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Benfica-Jardim

Ata da Reunião nº9_2021... 260 KB

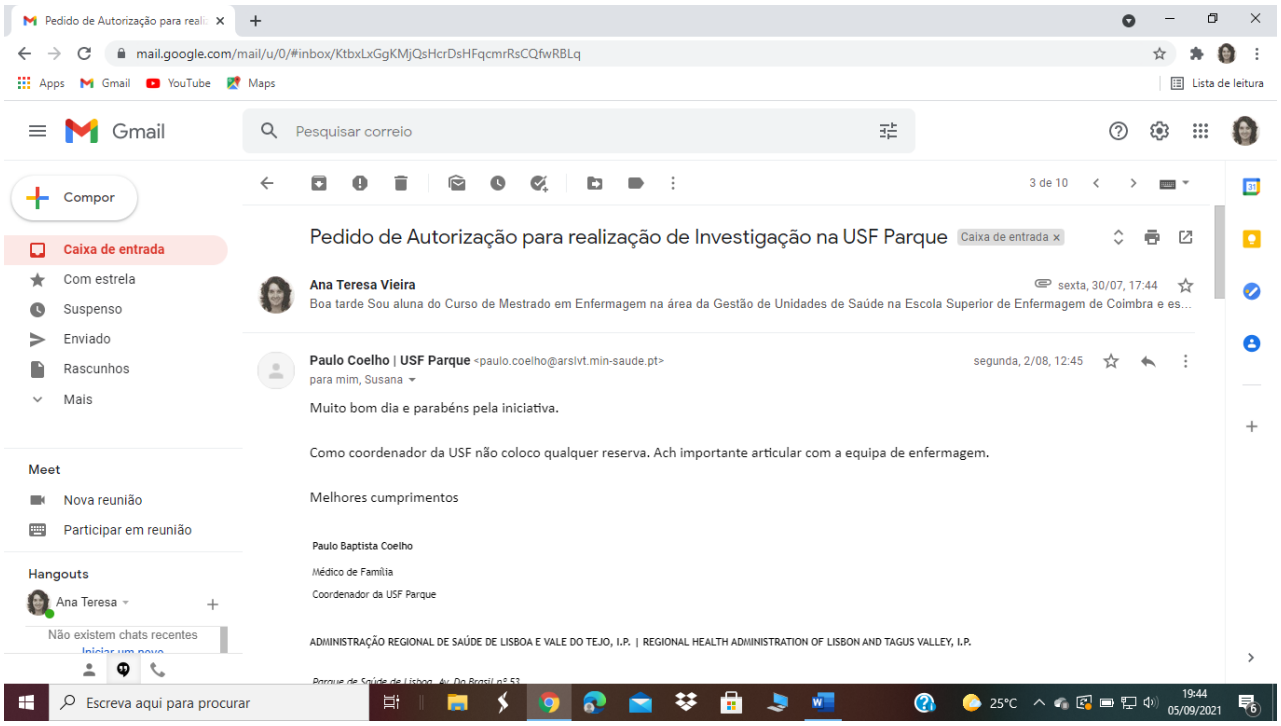
Dra Manuela,

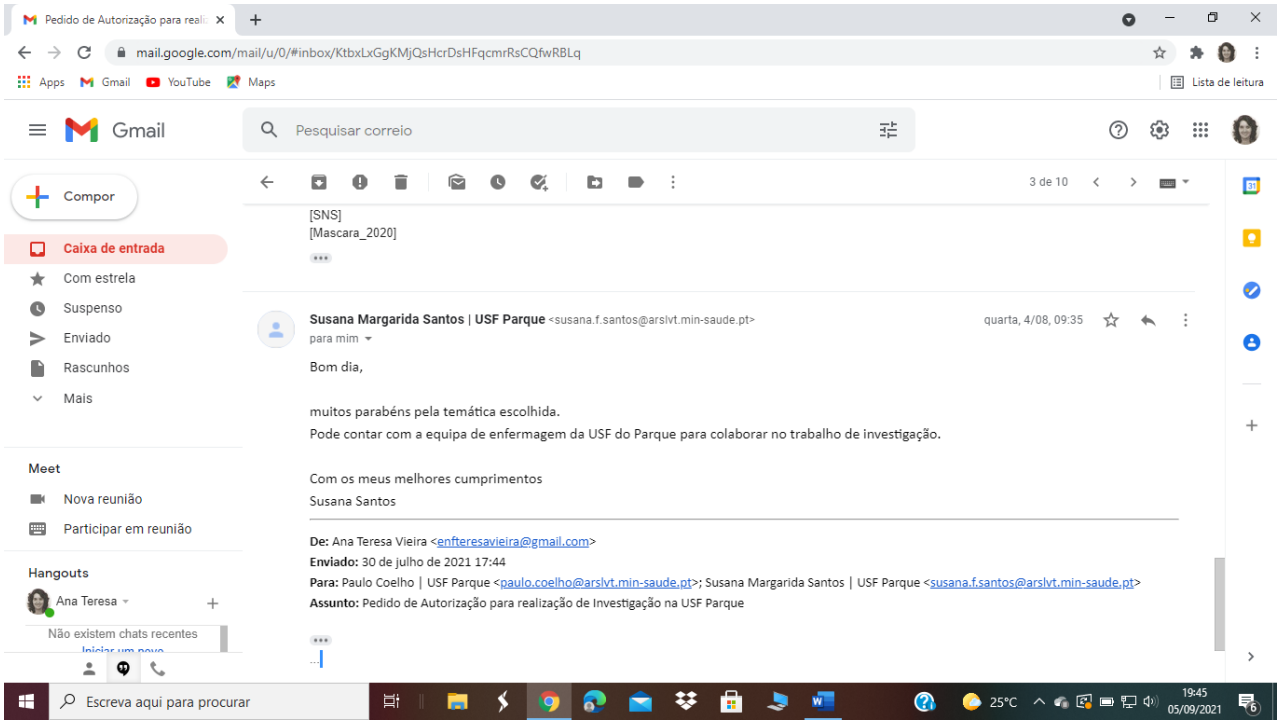
venho por este meio informar que a equipa de enfermagem aceitou participar na investigação sob o tema: "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem".
Segue em anexo a ata da reunião de enfermagem onde foi votado e aceite por todas as presentes.

Atenciosamente

Sofia Pimenta
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
sofia.pimenta@arslvt.min-saude.pt
USF BENFICA JARDIM
Rua General Morais Sarmento, 1º - 1500-310 Lisboa
Tlf: 217 628 119 / 217 628 101
Fax: 217 628 108

Escreva aqui para procurar | 25°C | 19:40 05/09/2021


Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque
Caixa de entrada
Ana Teresa Vieira
Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e es...
sexta, 30/07, 17:44
Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>
para mim, Susana
segunda, 2/08, 12:45
Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.
Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Ach importante articular com a equipa de enfermagem.
Melhores cumprimentos
Paulo Baptista Coelho
Médico de Família
Coordenador da USF Parque
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.


[SNS]
[Mascara_2020]
Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
para mim
quarta, 4/08, 09:35
Bom dia,
muitos parabéns pela temática escolhida.
Pode contar com a equipa de enfermagem da USF do Parque para colaborar no trabalho de investigação.
Com os meus melhores cumprimentos
Susana Santos
De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

E-mail – Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte – Outlook - Google Chrome

outlook.office.com/mail/deeplink?popoutv2=1&version=20210829002.04

Responder a todos | Eliminar | Lixo | Bloquear | ···

FW: Pedido de Autorização para realização de Investigação na UCSP Sete Rios

De: Isabel Ferreira | UCSP Sete Rios <isabel.ferreira@arslvt.min-saude.pt>
Enviado: 9 de setembro de 2021 17:03
Para: Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte <ana.vieira@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na UCSP Sete Rios

Cara Srª Enfermeira
Teresa Vieira,

A UCSP de 7 Rios colaborará seguramente com agrado no trabalho de Investigação a que propõe.

Desejo os maiores sucessos

Isabel Duarte Ferreira

Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar
Coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sete Rios

UCSP SETE RIOS | ACES LISBOA NORTE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

TEL: +351 21 721 1800
ucsp.seterios@arslvt.min-saude.pt

Escreva aqui para procurar — 25°C — 18:22 09/09/2021

Pedido de Autorização para reali

mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHrhvXFsqRqNpJcNrXBfvtrjzTmfGPQ

Apps | Gmail | YouTube | Maps | Lista de leitura

Gmail — Pesquisar correio

Compor

Caixa de entrada
Com estrela
Suspenso
Enviado
Rascunhos
Mais

Meet
Nova reunião
Participar em reunião

Hangouts
Ana Teresa
Não existem chats recentes

2 de 10

Ana Teresa Vieira — sexta, 30/07, 17:47
Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e es...

Ana Cristina Mendes | UCSP Sete Rios — quinta, 2/09, 12:34 (há 3 dias)
para mim, Isabel

Olá enfª Teresa

Após consulta dos documentos enviados, a enfermagem da UCSP de Sete Rios vai colaborar neste estudo através da entrega e explicação dos questionários aos utentes.
Cumprimentos.

Ana Cristina Mendes
Enfermeira Chefe
ACES Lisboa Norte - C. S. de Sete Rios
Contato: 217211805
TMV:961898878
Email: ana.cristina.mendes@arslvt.min-saude.pt

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:47

Escreva aqui para procurar — 25°C — 19:36 05/09/2021

Consentimento Informado

Cópia para o Utente

1/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado **"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"**, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.

Está a ser convidado a participar neste estudo por **ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem**, ser **maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente**. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.

Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.

A colheita de dados será realizada através de **questionário**, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. **No final, deverá colocar o questionário na urna,** que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual.

Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde.

Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva ao enfermeiro que lhe entrega o questionário.

Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com

A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

Consentimento Informado

Cópia para o Enfermeiro de Família

2/2

Declaro que compreendi e aceito as condições de participação neste estudo

Rúbrica do participante

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado **"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"**, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.

Está a ser convidado a participar neste estudo por **ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem**, ser **maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente**. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.

Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.

A colheita de dados será realizada através de **questionário**, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. **No final, deverá colocar o questionário na urna,** que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual.

Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde.

Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva.

Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com

A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira

Perceção do Cliente sobre Organizações de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem

Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde e Consulta de Enfermagem

*Obrigatório

1. Prezado Utente Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado “Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem”, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.Está a ser convidado a participar neste estudo por ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.A colheita de dados será realizada através de questionário, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. No final, deverá colocar o questionário na urna, que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual. Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde. Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva ao enfermeiro que lhe entrega o questionário.Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, aceito participar no Estudo.
- ◯ Não, não pretendo participar no Estudo.

Parte 1

Caracterização da Amostra - Queremos conhecê-lo melhor - (dados de quem responde)

2. Sexo (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

3. Idade (dados de quem responde)

_____

4. Estado Civil (dados de quem responde)

_____

5. Escolaridade (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Iletrado
- ◯ Até 4 anos de Escolaridade
- ◯ Entre 4 e 12 anos de Escolaridade
- ◯ Ensino Superior

6. Situação perante o Trabalho (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Desempregado
- ◯ Estudante
- ◯ Part-time/ trabalho a tempo parcial
- ◯ Trabalhador por conta de outrem
- ◯ Trabalhador Independente
- ◯ Aposentado

7. Unidade de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ UCSP Sete Rios
- ◯ USF Benfica Jardim
- ◯ USF Parque

8. Consulta de Enfermagem que utiliza hoje *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Saúde Infantil - 0 aos 11 meses
- ◯ Saúde Infantil 12 aos 23 meses
- ◯ Saúde infanto-juvenil 2 -17 anos
- ◯ Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Materna, Puerpério)
- ◯ Saúde do Adulto (Vacinação, Sala de Tratamentos, Consulta Diabetes, Consulta Hipocoagulação, Vigilância de Saúde/Doença)
- ◯ Dependente (Cuidados domiciliários; inclui cuidador principal)

9. Utilização Simultânea de Subsistema de Saúde (Ex: ADSE, Seguros Saúde Privados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Avaliação da Organização

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais

10. Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

11. Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

12. Os Profissionais desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais

13. Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

14. Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

15. A gestão desta Organização é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

16. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O3 - Valor percebido da Organização

17. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

18. No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

19. Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas (custos/prejuizos).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O4 -Aspetos de duração e custos da visita

20. Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

21. Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

22. Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização

23. A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

24. Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

25. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O6 – Recomendações

26. Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

27. Recomendaria esta Organização a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

28. Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem

29. Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

30. Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

31. Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem

32. Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

33. Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

34. A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

35. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem

36. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

37. No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

38. Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E4 -Aspetos de duração e custos da visita

39. Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

40. Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

41. Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem

42. A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

43. Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

44. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E6 – Recomendações

45. Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

46. Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

47. Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Melhorando a Sua perceção

O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Organização e Consulta de Enfermagem

48. O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre o seu Centro de Saúde?

49. O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Consulta de Enfermagem

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

2. Unidade de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ UCSP Sete Rios
- ◯ USF Benfica Jardim
- ◯ USF Parque

3. Consulta de Enfermagem que utiliza hoje *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Saúde Infantil - 0 aos 11 meses
- ◯ Saúde Infantil 12 aos 23 meses
- ◯ Saúde infanto-juvenil 2 -17 anos
- ◯ Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Materna, Puerpério)
- ◯ Saúde do Adulto (Vacinação, Sala de Tratamentos, Consulta Diabetes, Consulta Hipocoagulação, Vigilância de Saúde/Doença)
- ◯ Dependente (Cuidados domiciliários; inclui cuidador principal)

4. Sexo

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

5. Idade

_____

6. Estado Civil

_____

7. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Iletrado
- ◯ Até 4 anos de Escolaridade
- ◯ Entre 4 e 12 anos de Escolaridade
- ◯ Ensino Superior

8. Situação perante o Trabalho

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Desempregado
- ◯ Estudante
- ◯ Part-time/ trabalho a tempo parcial
- ◯ Trabalhador por conta de outrem
- ◯ Trabalhador Independente
- ◯ Aposentado

9. Utilização Simultânea de Subsistema de Saúde (Ex: ADSE, Seguros Saúde Privados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Avaliação da Organização

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais

10. Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

11. Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

12. Os Profissionais desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais

13. Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

14. Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

15. A gestão desta Organização é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

16. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O3 - Valor percebido da Organização

17. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

18. No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

19. Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas (custos/prejuizos).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O4 -Aspetos de duração e custos da visita

20. Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

21. Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

22. Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização

23. A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

24. Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

25. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O6 – Recomendações

26. Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

27. Recomendaria esta Organização a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

28. Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem

29. Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

30. Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

31. Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem

32. Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

33. Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

34. A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

35. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem

36. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

37. No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

38. Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E4 -Aspetos de duração e custos da visita

39. Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

40. Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

41. Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem

42. A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

43. Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

44. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E6 – Recomendações

45. Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

46. Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

47. Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Melhorando a Sua perceção

O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Organização e Consulta de Enfermagem

_____

_____

_____

_____

Declaração do Orientador Científico/Pedagógico

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Doutorada em Ciências de Enfermagem, declara que é orientadora do projeto de investigação com o tema "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", que a

mestranda Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira está a realizar. O referido trabalho de investigação é realizado no âmbito da Unidade curricular "Dissertação", do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que a mestranda frequenta.

A Mestranda revela empenhamento, rigor, capacidade analítica, honestidade intelectual e um grande sentido de responsabilidade, caraterísticas essenciais na concretização do projeto em curso. Comprometemo-nos a respeitar os princípios éticos da investigação, nomeadamente a solicitar a colaboração voluntária dos participantes. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão alvo de análise agregada, garantindo-se a preservação do bom nome da instituição. Esta será mencionada, apenas se necessário, no relatório final como um dos locais de recolha de dados.

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de orientadora da Investigação, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Grata pela vossa colaboração e disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Coimbra, 31 de agosto de 2021

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Amelia Filomena O. Mendes Castilho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Síntese curricular

Coimbra, 2021

I – DADOS BIOGRÁFICOS

Nome completo: Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Categoria Profissional: Professor Adjunto

Unidade Científico-Pedagógica: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Data de nascimento: 16 de abril de 1961

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Freguesia da Sé Nova, Concelho de Coimbra

Número de Identificação Civil: 4419524

Estado Civil: Casada

Morada: Rua do Norte, n.º 5, Pocariça 3060-503

Mail: afilomena@esenfc.pt

Ciência id: 8912-6E37-3127

Nº ORCID : 0000-0002-4420-8861

Morada Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto - Apartado 7001 3046-851 Coimbra, Portugal

Telefone: 239 802 850/ 239487200

QUALIFICAÇÃO ACADÉMICA

- **Doutoramento em Ciências de enfermagem**, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2015.
- **Título de Especialista em Enfermagem** ao abrigo do Decreto-lei nº 206/2009, obtido em 31 de agosto, em 2012.
- **Mestrado em Gestão e Economia da Saúde**, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1999
- **Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico cirurgica**, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (1991) e Termo de equivalência a Licenciatura em Enfermagem.
- **Curso de Enfermagem Geral,** pela escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (1981) e Termo de equivalência a Bacharelato em Enfermagem

ÁREA DE ATIVIDADE CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA

Possui 20 anos de experiência docente na Carreira do Ensino Superior politécnico no Ensino Superior.

ATIVIDADES ANTERIORES E SITUAÇÃO ATUAL

Período	Cargo, categoria ou atividade	Instituição
Desde 01-9-2009	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na Unidade Cientifico-Pedagógica de Enfermagem Médico Cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
01-9-2001 a 01-9-2008	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área científica de Gestão em Enfermagem	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
21-12-2000 a 01-9-2001	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área científica de Enfermagem Médico Cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
01-9-1996 a 31-12-2000	Enfermeira Especialista, a exercer funções na área científica de enfermagem médico-cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
02-9-1981 a 31-8-1996	Enfermeira, Enfermeira Graduada e Enfermeira Especialista	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. Cantanhede

Iniciou a atividade docente como Enfermeira Especialista requisitada em 1996, na área científica de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Iniciou funções como Professora Adjunta em 2000. Integrou diversos departamentos ou unidades científico-pedagógicas da Escola, nomeadamente a área científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica (até 2001); a área científica de Gestão em Enfermagem (até 2006); a área científica de Fundamentos de Enfermagem (até 2008) e, desde 2009, integra a novamente a área científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo da sua atividade docente teve oportunidade de lecionar em múltiplas unidade curriculares e orientar estudantes em ensino clínico de contextos muito diversificados, nomeadamente no Curso de Licenciatura em Enfermagem, nos Cursos de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Cursos de Pós-licenciatura de Especialização e Mestrado noutras áreas de enfermagem, no Curso de Pós-graduação em Gestão dos Serviços de Saúde e no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

LECIONAÇÃO DE UNIDADES CURRICULARES

Desde 2000, como Professora Adjunta, assumiu a responsabilidade e lecionação de diversas unidades curriculares. Nestas unidades lecionou aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais, orientou estudantes em seminários e ensino clínico. Participou na elaboração dos respetivos programas, desenvolveu os conteúdos, orientou e avaliou os estudantes, selecionou bibliografia, concebeu e elaborou material didático, que disponibilizou aos estudantes.

Referem-se as Unidades Curriculares e os Cursos em que participou no ano letivo 2020-2021:

Curso de licenciatura em enfermagem

- *Integração à Vida Profissional* - turma D, no 4º Ano;
- *Gestão em Enfermagem* - turma B e turma K, no 4º Ano;
- EC da área opcional - 8º semestre (reformulação em situação de excecionalidade)

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- *Gestão para a Prática Especializada*
- *Enfermagem em Situações de Urgência*
- *Estágio de Cuidados Intensivos*
- *Projeto de Investigação*
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

- *Estágio de Opção* **Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Março**
- *Metodologias de Investigação em Enfermagem*
- *Gestão para a Prática Especializada*
- *Enfermagem em Situações de Urgência I*
- *Estágio de Cuidados Intensivos*
- *Projeto de Investigação*
- *Dissertação*

Mestrado em Enfermagem

• *Estágio de Gestão*

- *Dissertação*

ORIENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO CONCLUÍDAS

1. "Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017
2. "Eventos adversos percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017.
3. "Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017.
4. "Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2016.
5. "Satisfação profissional e ocorrência de eventos adversos na prática de enfermagem". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2016.
6. Adesão e perceção dos enfermeiros face às precauções padrão. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2015
7. "Cultura de segurança e a adoção da lista de verificação no BO". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2014
8. "Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do Enfermeiro". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2014.
9. "O cuidado de Enfermagem nas Flebites". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC.

10. “Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação”. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. 2011. ESEnfC.
11. “Prevenção da Infeção Hospitalar: atitudes e comportamentos dos enfermeiros num serviço de urgência”. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. 2011. ESEnfC.

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTA CIENTÍFICA

Revista Científica (A)

1) Mota, A. S. C., & **Castilho**, A. F. O. M. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(21), 67–78. https://doi.org/10.12707/RIV19012
   [Indexações: SciELO, Web of Science, redalyc.org]
   Fator de impacto em 11/12/2019: 0.20
2) **Castilho,** A.F.O.M.; Parreira, P.M.D.S.; Martins, M.M.F.P. F (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. RIASE online. Agosto:2 (2): 600-618.
   DOI:http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2)
   (Revista indexada: DOAJ| Directory of Open Access Journals; BNP; Thomson Reuters; H-Index 1).

3) Parreira, P; Lopes, A., Salgueiro, A; Carvalho, C.; **Castilho**, A.; …& Fonseca, C- Quinn’s (2015)- Leadership Roles: A Confirmatory Factor Analysis Studyin Portuguese Health Services. RIASE *revista ibero-americana de salud y envejecimiento.* 1 (2): 178 - 202. (Revista indexada: DOAJ| Directory of Open Access Journals; BNP; Thomson Reuters; H-Index 1).

4) Parreira, P; Lopes, A.,Pererira, F. Carvalho, C.; Salgueiro, A; **Castilho**, A.; …& Paz, E (The Organisational Effectiveness Quinn’s competing Values Framework: The perception of Portuguese managers. SYLWAN, 158 (x) English Edition. (1-20). ISI Indexed.

Revista Científica (B)

1) Correia, A.R.M.; Portela, C. P. M.; Chão, M. A.S.L.; **Castilho**, A.F.O.M. (2019)-

Prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em doentes de cuidados intensivos: Adesão dos profissionais às práticas recomendadas. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 27. II Série (23-36). ISSN: 2182-9764.
(registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)).

2) **Castilho,** A.F.O.M.; Parreira, P.M.D.; Martins, M.M.F.P (2014) - Liderança em enfermagem e segurança dos doentes. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 9. II Série (81-89). (registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)
3) **Castilho,** A..; Parreira, P. (2012)- Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem. 1 (2ª série) Agosto:59-73. ISSN: 0874-7695. (registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)

ARTIGOS EM ATA DE CONFERÊNCIA

1) Teixeira, C.; **Castilho, A.;** Batista, R. (2020). Simulación Y Liderazgo em la educacion de enfermeria. International Congress Research Innovation Developement in Nursing 2019. ROL, Revista de Enfermería. Vol 43 (1): 43-4.

2) Salgueiro-Oliveira, A., Vaquinhas, M., Melo, R., Graveto, J., **Castilho, A.,** Gomes, J. (2016). Evaluation scale of patient satisfaction with nursing care: Psychometric properties evaluation. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress: S1 Health literacy and health education in adolescence, 2016. BMC Health Services Research, 16(3), 8. doi: 10.1186/s12913-016-1423-5

3) **Castilho**, A., Graveto, J., Parreira, P., Oliveira, A., Gomes, J., Melo, R., Vaquinhas, M. (2016). Motivation of college students toward Entrepreneurship: The influence of social and economic instability. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress : S1 Health literacy and health education in adolescence, 2016. *BMC Health Services Research, 16 (Suppl 3): O225, p 114.* doi: 10.1186/s12913-016-1423-5.

4) Gomes, J., Melo, R., Parreira, P., Oliveira, A., Graveto, J., Vaquinhas, M., **Castilho, A.** (2016). Entrepreneurial skills of students of polytechnic higher education in Portugal: Business influences. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress : S1 Health literacy

and health education in adolescence, 2016. *BMC Health Services Research, 16 (Suppl 3): P32, p 41.* doi: 10.1186/s12913-016-1423-5. [IF JCR® 2016- 1,827;

5) Gomes, J., Melo, R. ; Parreira, P.; Graveto, J., Vaquinhas, M., **Castilho,** A (2016). Analysis of the entrepreneurial profile of students attending higher education in Portugal: the Carland Entrepreneurship Index application. Meeting abstrats: Procedings of the 3rd IP Leiria International Health congress. BMC Health Services Research,16 (3), p112-113. doi 10.1186/s12913-016-1423-5

6) Parreira, P.; Salgueiro-Oliveira,A.; **Castilho**,A.; Melo, R.; Graveto, J.; Gomes, J. Vaquinhas,M.; Carvalho, C.; Mónico, L. Brito, N. (2016). Entrepreneurial Motivations Questionnaire: AFC and CFA in academy. 3rd IPLeiria's International Health Congress - BMC Health Services Research , Número: 16(3), London, p31.doi 10.1186/s12913-016-1423-5

7) Parreira PM, Salgueiro A, **Castilho A,** Arreguy-Sena C, Oliveira D, Carvalho C, et al.. Social representation about entrepreneurship in high education: an empirical study about the acquisition of entrepreneurial skills with portuguese nursing students / Representación social sobre emprendimiento en el alta educación: un estudio empírico. International Journal of Integrated Care. 2015;15(8):None. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.2421

8) Gonçalves; M.A. R.; Reis, S. C. D.; Ledo, D.R.M.; Castilho, A. F. M.; Ferreira, A. J.S. (2015) - Dotações de enfermeiros e incidência de quedas. *Revista referência Suplemento ao nº4 - Série IV, P57. ISSNe: 2182.2883; ISSNp:0874.0283.*

9) Mota, A S C.; Castilho, A. F. O. M. (2015)- Segurança do doente no bloco operatório: contributo da lista de verificação de segurança cirúrgica. *Revista referência Suplemento ao nº4 - Série IV, P38. ISSNe: 2182.2883; ISSNp:0874.0283.*

LIVROS OU CAPÍTULOS DE LIVROS

Co-autor em capítulos de livros

1) Parreira, P., Mónico, L., Sousa, l.B., **Castilho, A.,** Carvalho, C. & Salgueiro-Oliveira, A. (2018). *Formação em empreendedorismo e desenvolvimento de competências empreendedoras dos estudantes do Ensino Superior*. **(capitulo 3).** In As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a

Educação para o Empreendedorismo. Eds. Pedro Parreira, Teresa Paiva; Leopoldina Alves; Jorge Humberto Sampaio. PIN. IP Guarda. ISBN: 978-972-8681-75-3 23.

2) Sousa, L.B., Mónico, L., **Castilho, A.** & Parreira, P. (2018). *Triple Helix* **(capítulo 6)** In. As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a Educação para o Empreendedorismo. Eds. Pedro Parreira, Teresa Paiva; Leopoldina Alves; Jorge Humberto Sampaio. PIN. IP Guarda. ISBN:978-972-8681-75-3.

3) Castilho, A., Salgueiro, A. & Parreira, P. (2018). *Representações Sociais do Empreendedorismo: Revisão integrativa da literatura entre 2007-2017* **(capitulo 3)** In: Análise das Representações Sociais e do Impacto da Aquisição de Competências em Empreendedorismo nos Estudantes do Ensino Superior Politécnico. Eds. Pedro Parreira, Jorge Humberto Sampaio, Lisete Mónico, Teresa Paiva; Leopoldina Alves. PIN. IP Guarda. ISBN: 978-972-8681-76-0

4) Augusto, I.C.C.M.F.R.; **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - O Cuidado de Enfermagem na Prevenção das Flebites. in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 293-296

5) Pereira, A.S.S.& **Castilho**, A.F.O.M. (2016) - Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do enfermeiro. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: p 407-410

6) Teodósio, E.M.S.R.F.T. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016). Adesão e Perceção dos Enfermeiros Face às Precauções Padrão in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 431-435

7) Geraldo, G.A.S.G. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Eventos adversos associados às intervenções dos enfermeiros na preparação e administração de medicação em unidades cirúrgicas. in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 439-442

8) Pedreira, M.F.R. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 443-446

9) Mota, A.N.S. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Cultura de Segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: perceção dos profissionais do bloco operatório in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 481-485

10) Gonçalves, S. M.F. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016). Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 497-500

11) Pedreira, M.F.R. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 443-446

Coordenação de Livros

1) Martins, J; Moreira, I.; Fernandes, I.; **Castilho, A**.; Cerejo, M …Coutinho, V. (coordenação) (2016). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2) Parreira, P.; Melo, R.; **Castilho, A.;** Vieira, R.; Amaral, A (Coord. Científica) (2012). Gestão das organizações de saúde. Série monográfica educação e investigação em saúde, 3, UICISA_E, ESEnfC. Portugal ISBN 978-989-97031-3-1.

3) Parreira, P.; Melo, R.; **Castilho, A.;** Vieira, R.; Amaral, A (Coord. Científica) (2012). Processos de mudança em organizações de saúde. Série monográfica educação e investigação em saúde, 4, UICISA-E, ESEnfC. Portugal ISBN 978-989-97031-3-1.

REVISOR EM REVISTAS CIENTÍFICAS

1- Journal of Nursing Management (desde 2014)

2- revista RIASE (2016)

3- revista "BMC - BioMedical Central do "BMC Health Services Research" (2019)

4- revista Referência

PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS de I&D

É membro da unidade de investigação da ESEnfC. Enquanto investigadora, é responsável por um projeto estruturante da UICISA-E e faz parte da equipa de outros projetos estruturantes. Integra a equipa de investigação de vários projetos, com e sem financiamento externo

- É Responsável pelo projeto estruturante da UICISA **"Práticas profissionais e ambientes de cuidados seguros",** inscrito na linha de investigação Sistemas e Organizações de Saúde, da UICISA, desde 2014.
- **Responsável pelo projeto de investigação "**Segurança do doente: Estudo multicêntrico para avaliação do risco associado às práticas de enfermagem"
- Responsável pelo estudo de investigação "Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para uma estratégia de gestão da segurança".

INTEGRA A EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO DOS SEGUINTES PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO:

- **Projeto "PIN Poli Entrepreneurship Innovation Network",** com início em 2016 e términus em 2018.
- Projeto **SimuCarePro-CRM -** La simulation en santé et la gestion des ressources de crise pour augmenter l'efficacité des équipes pluridisciplinaires en formation initiale. Duração: 2018-2020.
- **Projeto "Modelo interprofissional para a função do enfermeiro no cuidado farmacêutico" (DeMoPhaC).** 2018- 2022
- Projeto estruturante **"A Pessoa com Doença Aguda e Crónica"**
- Projeto estruturante **A pessoa em situação crítica**
- Projeto estruturante **"A pessoa em fim de vida"**

- **Segurança do Doente no Bloco Operatório: contributos da liderança em enfermagem e do ambiente da prática de cuidados**
- **Projeto Poliempreende** Estudo associado no projeto Estudos e Práticas empreendedoras, da linha de Investigação Organizações e sistemas de saúde da UICISA-E, desde 2012.

Outra Experiência Profissional Relevante

- Membro do Gabinete de Empreendedorismo da ESENFC, desde 2007.
- Membro do Conselho Científico desde 2014 - Secretária do Conselho Técnico Científico (2014-2018) e membro da Comissão Permanente desde 2019
- Presidente do Júri de Creditação de Formação Anterior para Obtenção de Grau Académico desde julho de 2020
- Membro do júri de concurso de acesso à licenciatura para maiores de 23 anos para o ano letivo 2013/2014, 2014/2015 e 2015/2016
- Autora e co-autora em dezenas de comunicações orais (por convite ou livres) e pósteres
- Membro de comissões científicas e organizadoras de múltiplos eventos científicos

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Compromisso Proteção dos Dados

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", declaro que protegerei todos os dados colhidos no âmbito deste trabalho, mas também que serão tratados de forma sigilosa, não comprometendo em nenhuma etapa a confidencialidade dos participantes; tal como plasmado na Declaração de Helsínquia (atualizada em Fortaleza 2013), da OMS e Comunidade Europeia – Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e outros diplomas aplicáveis (Leis números 58 e 59 de 8 de Agosto de 2019).

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação

Eu, Sofia Isabel Correia Pimenta, Enfermeira Gestora ou em Funções de Chefia, participante no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem" como Elo de ligação, declaro que respeitarei a autonomia a e a liberdade dos utentes quanto à decisão de participação neste Projeto de Investigação, bem como criar na Unidade as condições necessárias que garantam o anonimato dos participantes, a confidencialidade e a segurança dos dados colhidos.

A Enfermeira

Sofia Pimenta (Nº ordem: 37517)

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação

Eu, Susana Margarida Ferreira dos Santos, Enfermeira Gestora ou em Funções de Chefia, participante no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem" como Elo de ligação, declaro que respeitarei a autonomia a e a liberdade dos utentes quanto à decisão de participação neste Projeto de Investigação, bem como criar na Unidade as condições necessárias que garantam o anonimato dos participantes, a confidencialidade e a segurança dos dados colhidos.

A Enfermeira

Susana Santos

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação

Eu, Glória de Jesus Cunha e Costa dos Reis Enfermeira Gestora ou em Funções de Chefia, participante no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem" como Elo de ligação, declaro que respeitarei a autonomia a e a liberdade dos utentes quanto à decisão de participação neste Projeto de Investigação, bem como criar na Unidade as condições necessárias que garantam o anonimato dos participantes, a confidencialidade e a segurança dos dados colhidos.

A Enfermeira

Glória Jesus Cunha Costa dos Reis

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

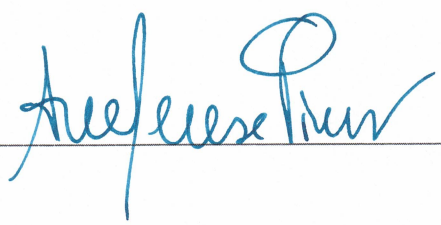
Declaração de Compromisso de Entrega do Relatório Final da Investigação

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora do Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", comprometo-me a entregar à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P. o Relatório Final da Investigação e, se aplicável, os relatórios de evolução da Investigação desenvolvida anualmente.

Declaro estar informada quanto à possibilidade de notificação por parte da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P. perante o não cumprimento do anteriormente descrito.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Compromisso de Propriedade dos Dados e Publicação

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", declaro que os dados apurados no âmbito da investigação são da minha propriedade (autorização também apurada pelos autores do instrumento de colheita de dados original) e me comprometo a tratar os dados recolhidos neste âmbito, divulgando-os através de comunicações e/ou publicação escrita.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Protocolo para Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

1

Título do trabalho:

"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"

Investigadora:

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Contacto móvel: 965163445

Endereço eletrónico: enfteresavieira@gmail.com

Orientador Pedagógico:

Professora Doutora Amélia Castilho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CV Investigador Formato Curto:

Anexo 1

Introdução: justificação, questão de investigação, enquadramento teórico

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito competitivo, fruto do maior controlo das práticas, metodologias de controlo de qualidade, mas também abertura do setor ao privado em algumas áreas com interesse económico, apoiadas por participações de subsistemas ou seguros que minimizam o impacto económico para o utilizador, pela escolha de serviços tecnicamente mais diferenciados.

Desde a criação do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) alteraram-se substancialmente, passaram por quatro grandes reformas (Costa et al., 2013) e uma infinidade de outras locais (O. Santos et al., 2007), o que conferiu a cada Unidade Funcional um carácter único, uma identidade, que marca ainda hoje a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os *stakeholders*. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no seu setor, no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

Tal como noutras organizações, inseridas num ambiente cada vez mais exigente do ponto de vista do desempenho e centradas na melhoria da qualidade, a auscultação das perceções dos clientes acerca dos serviços e profissionais é essencial para o ajustar às expectativas. Só dessa forma é possível perceber o que valorizam, o que motiva o seu compromisso para com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os *outputs* de desempenho organizacional. Não menos importante, a compreensão do cliente sobre as várias faces dos serviços e prestadores de cuidados, permite alicerçar estratégias de acompanhamento, vigilância e potenciação de comportamentos promotores de saúde, que se traduzam em ganhos efetivos de qualidade e tempo de vida, num palco especialmente estratégico – pela intervenção em proximidade - como o dos CSP.

Visando a compreensão da perceção dos clientes sobre as organizações em CSP, foi adaptado um instrumento de colheita de dados: "*Sistem for Patient´s Assessment of Health Services*" (PEVEC&PISNIK, 2017); que permite avaliar as perceções sobre a qualidade, reputação, valor, oferta assistencial/custos, satisfação e recomendação

acerca das Organizações e Consultas de Enfermagem. Este Questionário de Avaliação das Organizações de Saúde (QAOS) será aplicado em três organizações de CSP que prestam serviços semelhantes (USF modelo A e B e UCSP), com diferenças na organização interna, procurando analisar se a organização interna está associada diferenças na perceção dos clientes, no que respeita à organização e consultas de enfermagem.

Não menos importante, com a realização deste estudo, pretende-se clarificar se existem preditores da lealdade para com as organizações e consultas de enfermagem, que possam fundamentar estratégias individuais (dos profissionais) e organizacionais que fomentem comportamentos de adesão pelos clientes.

Da revisão do estado da arte é percetível alguma preocupação nas áreas da qualidade e satisfação dos clientes de serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares e prestadores privados. Existem poucos estudos, que visem mais do que uma das 5 áreas que se pretendem estudar (qualidade, reputação, valor, custos e recomendação/lealdade). A presente investigação permitirá obter uma visão mais global, tendo em consideração as caraterísticas do utilizador e do tipo de consulta/organização frequentada.

A reputação e lealdade do cliente são variáveis amplamente estudadas por áreas comerciais, turismo, marketing, etc; que têm visto as publicações na área da saúde ampliarem nos últimos anos; especialmente em países orientais, onde os sistemas de saúde são pautados por uma grande diversidade de prestadores de serviços/ofertas assistenciais e as escolhas dos clientes determinam a viabilidade dos negócios.

O valor associado à saúde é uma variável bastante complexa, que não se pode traduzir unicamente pela qualidade e custo dos serviços prestados. Características intrínsecas ao mercado da saúde enquanto setor, como a imprevisibilidade do resultado, custos elevados de difícil interpretação pelo cliente, tornam a perceção de valor difícil de avaliar. No entanto, na saúde, como nos restantes setores, agregar valor à atividade é condição essencial à sua continuidade. No caso da saúde, o valor das intervenções tem implicações éticas, deontológicas, morais, sociais e económicas especialmente sensíveis, por terem como matéria de intervenção a pessoa humana e a sua saúde cujo valor intrínseco é inestimável.

Objetivos do trabalho:

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;
- Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;
- Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Questão de Investigação

Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Hipóteses

Todos os trabalhos de investigação devem ter início numa inquietação, dúvida, ou necessidade de substanciar em dados objetivos algum conceito ou perceção, com implicações práticas. Os clientes são os melhores juízes das experiências de cuidados, mas a avaliação da qualidade e recomendação clínica suscita dúvidas quanto à adequação e precisão das avaliações (Mold et al., 2012).

De pouco serve investigar, se os resultados não forem voltados para a prática, introduzam formas de pensar diferentes, inovação, maior eficácia ou eficiência organizacional ou pessoal. Tendo emergindo da prática profissional enquanto enfermeira em CSP, definem-se as seguintes hipóteses de estudo:

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada.

H4 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 - A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

Tipo de Estudo

Este trabalho de investigação pode caracterizar-se como quantitativo, descritivo – correlacional e transversal.

População/ Amostra

A população alvo deste estudo são os utilizadores da consulta de enfermagem de três Unidades de Cuidados de Saúde Primários do ACES Lisboa Norte. De acordo com a plataforma BI_CSP os utentes inscritos nas três unidades em 2021 são 114 078 (Unidade modelo A - 16.050 (14%) ;- Unidade modelo B - 17.707 (16%);- UCSP - 80 321) (70%)).

Considerando que a população alvo de 114 078 utentes inscritos nas unidades de cuidados corresponde a utentes inscritos em consultas de enfermagem, com um erro amostral de 5%, foi calculada uma dimensão previsível da amostra de 399 utilizadores.

Assim, previmos incluir na amostra 56 utentes na Unidade modelo A; 64 utentes na unidade modelo B e 280 utentes na UCSP.

Tendo em consideração a diferenciação dos utentes que procuram as diferentes consultas de enfermagem em CSP, optamos por uma amostragem por clusters.

A amostra será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos).

Definem-se como **critérios de inclusão** todos os utentes frequentadores da consulta de enfermagem nas Unidades em que decorre o estudo, que voluntariamente aceitem participar nele. Os menores de 18 anos e utentes dependentes serão representados, neste estudo, pelos seus pais, representantes legais ou cuidadores presentes no momento da consulta de enfermagem.

Garante-se o acesso a utentes que não saibam ler/escrever ou sejam invisuais, logo que acompanhados por quem os represente e faculte a leitura do questionário, desde que este manifeste vontade expressa de participação no estudo.

Define-se como **critério de exclusão**, os utentes que não sejam utilizadores de consulta de enfermagem.

Na seleção dos participantes, utilizaremos uma **amostragem por clusters de tipologia de consulta,** em que serão **convidados a participar todos os utentes** que utilizem as consultas de enfermagem. Serão incluídos todos os utentes que acidentalmente procurem as consultas de até obtenção no nº adequado em cada cluster, num previsível horizonte temporal de 3 meses desde o início da colheita de dados.

Procedimentos Formais e Éticos

Neste estudo procurar-se-á cumprir todos os procedimentos éticos e legais por forma a respeitar os direitos dos utentes e a sua participação livre e voluntária, bem como garantir a possibilidade de utilização futura dos dados para desenvolvimento da investigação ou divulgação dos resultados como ferramentas de gestão.

Foi solicitada e obtida autorização dos autores do Instrumento de colheita de dados. (anexo 2).

Foram solicitadas e obtidas autorizações do ACES Lisboa Norte, nomeadamente da Sra. Diretora Executiva, dos Coordenadores das três Unidades Funcionais e respetivos Enfermeiros "Elos de Ligação", que são os representantes das equipas de enfermagem em cada Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia.

A participação dos utentes decorrerá de forma livre e voluntária.

É garantida a igualdade de oportunidade na participação de todos os utilizadores da consulta de enfermagem nas três Unidades Funcionais onde decorre o estudo, que cumpram os critérios de inclusão.

Na solicitação de participação no estudo é explicitado ao utente o objetivo do estudo e solicitado o consentimento informado (anexo 7). No caso dos utentes que **não saibam ler/escrever** ou sejam **invisuais**, o questionário deverá ser lido por quem acompanha o utente (pessoa externa à organização) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na

presença do enfermeiro que lhe faculta o questionário, ou rúbrica de quem lê e preenche o questionário, mandatado.

Os questionários serão entregues depois de obtido o consentimento informado por parte do utente e deverão ser colocados pelo utente em urna opaca, disponível em local de fácil acesso, identificado pelo Elo de Ligação como sendo o mais conveniente. A urna é selada (autocolante de selo) pela investigadora, de forma a evitar acesso acidental ou indevido à informação dos participantes. Semanalmente, ou sempre que cheia, a urna é aberta pela investigadora, colhidos os questionários para envelope opaco de transporte e novamente selada a urna. Os consentimentos deverão ficar arquivados em pasta própria, opaca e com fecho (que fica ao cuidado do elo de ligação), onde estão os conjuntos consentimentos-questionários ainda não utilizados, num separador próprio.

Não expectável que a participação acarrete qualquer **risco** para os participantes, sendo garantida a participação voluntária, não remunerada e que poderá ser interrompida, se o participante assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde. Serão considerados todos os questionários recolhidos na urna.

Dado o questionário ter 4 partes, é possível o tratamento parcelar de informação. A "não resposta" a alguma questão, ou parte do questionário, não inviabiliza a utilização da informação colhida, restringe apenas a amostragem nessa questão/parte do questionário. Serão excluídos os questionários que tenham menos de 50% de respostas.

É dada a oportunidade de responder online ao questionário. Nesse caso é enviado um link ao utilizador das consultas de enfermagem via e-mail. No caso dos questionários desmaterializados, a colheita de dados só é possível após validação do consentimento informado. Os questionários preenchidos serão enviados de forma anónima para um endereço eletrónico, através do modelo *google forms* (anexo 6).

Os dados recolhidos serão analisados de forma agregada, nunca de forma individual, garantindo a confidencialidade dos participantes.

Os questionários e consentimentos informados serão guardados em espaço privado da investigadora por um período não inferior a dois anos após entrega do trabalho de dissertação de mestrado, permitindo acesso aos dados originais, se necessário ou solicitado. Terminado este período, serão destruídos.

Nenhum questionário pode ser preenchido sem autorização prévia, através da validação do consentimento informado. Este procedimento assume o consentimento da utilização anónima e voluntária dos dados, esclarecendo ao sujeito as questões da confidencialidade, anonimato e proteção contra o desconforto e prejuízo, indicando e explicitando o método de recolha, bem como o assegurar de um tratamento justo e leal, cumprindo o compromisso assumido com o próprio sujeito na entrega/envio do questionário.

Recursos necessários:

Para a realização deste trabalho de investigação serão necessárias impressões dos questionários, canetas para distribuir a cada um dos participantes que aceitem participar, caixas de armazenamento dos questionários/consentimentos, envelopes de transporte e selos de urna.

Declaro que assumirei todas as despesas inerentes à distribuição/recolha dos questionários, impressões e equipamentos de armazenamento e preenchimento dos mesmos.

Cronograma:

Atividades	Meses 2021							2022		
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Pedidos autorização à Dir. Executiva ACES										
Pedidos autorização à CES										
Pedidos de autorização aos Coordenadores e Enf. Chefes ou Funções Chefia das Unidades										
Colheita de dados										
Tratamento de dados										
Entrega da Dissertação de Mestrado										

Declaração do responsável da Unidade para a realização do Estudo:

Anexo 3

2

Escalas/ Questionário

O questionário pode ser entregue em formato físico, papel, depois de obtida autorização verbal pelos participantes (anexo 7). Os Consentimentos Informados (CI) – CI1 - entregue ao Enfermeiro e o CI2 – de igual conteúdo, que fica na propriedade do participante. Devido à situação pandémica foi informalmente solicitada uma versão desmaterializada, consistindo num formulário *google forms* enviado por mail para os interessados pelo Enfermeiro de Família ou outro, que contacte com o cliente em âmbito de consulta de enfermagem numa das Unidades Funcionais em que se desenvolve o estudo, após entrega dos CIs.

Com este trabalho pretende-se a Avaliação da Organização, Avaliação das Consultas de Enfermagem e sugestões de melhoria em ambas. Para tal é aplicado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec&Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), intitulado "Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services" traduzido e culturalmente adaptado pelo modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter-cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19). Sugere que o *European Group on Halth Outcomes* (ERGHO) como fonte de conceitos com equivalência cultural comprovada.

Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.

Ferreira e Marques sugerem que a uma primeira tradução dupla da língua original para a que se pretende realizar a nova versão. Neste caso, indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, é conduzida a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é a original do instrumento de colheita de dados, para que faça a retroversão linguística. Esta é comparada ao original, são introduzidos os ajustes, usando os conceitos listados no ERGHO procurando garantias

de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (1998, p.21).

Remetem-se para o anexo 4 as etapas de conciliação entre traduções anteriormente mencionadas, até obtenção da versão final do QAOS e os modelos do questionário em papel - anexo 5 e modelo digital – anexo 6.

O questionário tem 4 partes: a primeira – o consentimento informado, a segunda - variáveis de caracterização da amostra e variáveis independentes (Unidade Funcional, tipologia da consulta de enfermagem e utilização simultânea de subsistemas de saúde); a terceira – QAOS – versão Organizacional e quarta – QAOS – versão Consulta de Enfermagem, tal como são possíveis consultar nos anexos 5 a 7.

O QAOS é constituído por 19 itens, cada um com resposta por escala de 1 a 7, e permite avaliar seis dimensões organizacionais: O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais; O2 - Reputação Geral da Organização e dos Profissionais; O3 - Valor percebido da Organização; O4 – Aspetos da Organização e custos da visita; O5 - Satisfação com o tratamento na Organização; O6 – Recomendações.

A **quarta parte** diz respeito ao Questionário de Avaliação das Consultas de Enfermagem. Este questionário é uma adaptação do questionário de Avaliação das Organizações de Saúde, transposto às Consultas de Enfermagem.

Os dados colhidos pelos questionários, independentemente de serem em papel ou desmaterializados, serão tratados através do programa SPSS, versão 20.

3

Modelo do Consentimento Informado

Anexos 7 (modelo em papel em duplicado, um para arquivo e outro para o utente) e Anexo 6 (modelo digital).

Não é expectável que a participação neste projeto de investigação acarrete danos (físicos, morais, psicológicos ou emocionais) aos utentes ou Elos de Ligação. Não são colhidos dados de saúde sensíveis acerca dos participantes e todas as respostas por eles

dados, à exceção do Consentimento Informado, são de resposta facultativa. Se em algum momento o utente pretender suspender o preenchimento, ou não responder a alguma das questões, é livre de o fazer.

4

Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 9

5

Declaração dos colaboradores de referenciação ao Investigador

O estudo dispensa a formação e treino de colaboradores para a participação ou ajuda ao preenchimento dos questionários. Pretende-se que sejam os utentes ou representantes legais a preencherem os questionários.

Anexam-se as autorizações dos representantes de Enfermagem das Unidades onde decorre o estudo, tal como dos respetivos Coordenadores, formalizando o compromisso de envolvimento dos respetivos grupos de profissionais no desenvolvimento da investigação – Anexo 3; bem como as declarações de Confidencialidade dos Elos de Ligação (anexo 14).

Tal como acontece com os participantes, também a participação dos enfermeiros das várias Unidades é livre.

6

Declaração do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 8

7

Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 10

9

Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 11

10

Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Anexo 12

11

Declaração de Conflito de Interesses do Investigador

Anexo 13

12

Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação

Anexo 14

Referências Bibliográficas:

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro* (F. F. M. dos Santos (ed.)). Guide - Artes Gráficas, Lda.

Mold, J. W., Lawler, F., Schauf, K. J., & Aspy, C. B. (2012). Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.120106

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciencia e Saude Coletiva*, *22*(3), 725–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016

Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. *Zdravstveno Varstvo*, *57*(4), 175–182. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022

Pisnik, A., & Pevec, T. (2017). the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services. *Ekonomska Misao i Praksa*, *2*, 611–635.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. 255.

Lista de Anexos:

Anexo 1 – CV Investigador Formato Curto

Anexo 2 – Autorização do autor para utilização do Instrumento de Colheita de Dados;

Anexo 3 – Declaração dos responsáveis das Unidades Funcionais para a realização do Estudo (Coordenadores e Enfermeiros Responsáveis);

Anexo 4 – Tradução e adaptação do Instrumento de Colheita de Dados Original

Anexo 5 – Anexo Escalas/ Questionário - modelo em papel

Anexo 6 – Escalas/ Questionário - modelo digital

Anexo 7 – Modelo do Consentimento Informado - modelo em papel

Anexo 8 – Declaração e CV Sumário do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 9 – Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 10 – Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 11 - Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 12 - Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Anexo 13 – Declaração de Conflito de Interesses.

Anexo 14 - Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação.

Protocolo para Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

1

Título do trabalho:

"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"

Investigadora:

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Contacto móvel: 965163445

Endereço eletrónico: enfteresavieira@gmail.com

Orientador Pedagógico:

Professora Doutora Amélia Castilho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CV Investigador Formato Curto:

Anexo 1

Introdução: justificação, questão de investigação, enquadramento teórico

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito mais competitivo, fruto do maior controlo das práticas, metodologias de controlo de qualidade, mas também abertura do setor ao privado em algumas áreas com interesse económico, apoiadas por participações de subsistemas ou seguros que minimizam o impacto económico para o utilizador, pela escolha de serviços tecnicamente mais diferenciados.

Desde a criação do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) alteraram-se substancialmente, passaram por quatro grandes reformas (Costa et al., 2013) e uma infinidade de outras locais (O. Santos et al., 2007), o que conferiu a cada Unidade Funcional um carácter único, uma identidade, que marca ainda hoje a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os *stakeholders*. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no seu setor, no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

Mas como todas as organizações com preocupações com a qualidade, inseridas num ambiente cada vez mais exigente do ponto de vista do desempenho, a auscultação das perceções dos clientes acerca dos serviços e profissionais é essencial para o ajustar às expectativas. Só dessa forma é possível perceber o que valorizam, realiza ou compromete para com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os *outputs* de desempenho organizacional. Não menos importante, a compreensão do cliente sobre várias faces dos serviços e prestadores de cuidados, permite alicerçar estratégias de prevenção de doenças, vigilância e comportamentos promotores de saúde que se traduzam em ganhos efetivos em qualidade e tempo de vida, num palco especialmente estratégico – pela intervenção em proximidade - como o dos CSP.

Visando a compreensão dos clientes acerca das organizações em CSP, foi adaptado um instrumento de colheita de dados: "*Sistem for Patient´s Assessment of Health Services*" (PEVEC&PISNIK, 2017); que avalia as perceções acerca da qualidade, reputação, valor, oferta assistencial/custos, satisfação e recomendação acerca das Organizações e

Consultas de Enfermagem. Este Questionário de Avaliação das Organizações de Saúde (QAOS) será aplicado em três organizações de CSP que prestam serviços semelhantes (USF modelo A e B e UCSP), com diferenças na organização interna, procurando compreender se a organização interna altera a perceção dos clientes no que respeita à organização e consultas de enfermagem.

A amostragem será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos), por se considerarem coortes com necessidades e abordagens organizacionais, eventualmente, distintas. Os menores de 18 anos serão representados, neste estudo, pelos seus pais ou representantes legais presentes no momento da consulta de enfermagem. Outra exceção ao auto-preenchimento será a dos dependentes, que pela sua situação de saúde poderão não reunir condições para responder, sendo possível a consulta a um cuidador (formal ou informal) que acompanhe habitualmente os cuidados de enfermagem.

Não menos importante, com a realização deste estudo, pretende-se clarificar se existem preditores da lealdade para com as organizações e consultas de enfermagem, que possam fundamentar estratégias individuais (dos profissionais) e organizacionais que fomentem comportamentos de adesão pelos clientes.

Da revisão do estado da arte é percetível alguma preocupação nas áreas da qualidade e satisfação dos clientes de serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares e prestadores privados.

A reputação e lealdade do cliente são variáveis amplamente estudadas por áreas comerciais, turismo, marketing, etc; que têm visto as publicações na área da saúde ampliarem nos últimos anos; especialmente em países orientais, onde os sistemas de saúde são pautados por uma grande diversidade de prestadores de serviços/ofertas assistenciais e as escolhas dos clientes determinam a viabilidade dos negócios.

O valor associado à saúde é uma variável bastante complexa, que não se pode traduzir unicamente pela qualidade e custo dos serviços prestados. Características intrínsecas à saúde, enquanto setor, como a imprevisibilidade do resultado, custos elevados de difícil interpretação pelo cliente, não serem mercados puros e perfeitos, entre muitos outros, tornam a perceção de valor difícil de avaliar. No entanto, na saúde, como nos restantes setores, agregar valor à atividade é condição essencial à continuidade da mesma. No

caso da saúde o valor das intervenções tem implicações éticas, deontológicas, morais, sociais e económicas especialmente sensíveis, por terem como matéria de intervenção a pessoa humana e a sua saúde cujo valor intrínseco é inestimável.

Objetivos do trabalho:

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;
- Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;
- Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Questão de Investigação

Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Hipóteses

Todos os trabalhos de investigação devem ter início numa inquietação, dúvida, ou necessidade de substanciar em dados objetivos algum conceito ou perceção, com implicações práticas. Os clientes são os melhores juízes das experiências de cuidados, mas a avaliação da qualidade e recomendação clínica suscita dúvidas quanto à adequação e precisão das avaliações (Mold et al., 2012).

De pouco serve investigar, se os resultados não forem voltados para a prática, introduzam formas de pensar diferentes, inovação, maior eficácia ou eficiência

organizacional ou pessoal. Tendo emergindo da prática profissional enquanto enfermeira em CSP, definem-se as seguintes hipóteses de estudo:

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada.

H4 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 - A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

Tipo de Estudo

Este trabalho de investigação pode caracterizar-se como quantitativo, descritivo – correlacional e transversal.

Recursos necessários:

Para a realização deste trabalho de investigação serão necessárias impressões dos questionários, canetas para distribuir a cada um dos participantes que aceitem participar, caixas de armazenamento dos questionários/consentimentos.

Declaro que assumirei todas as despesas inerentes à distribuição/recolha dos questionários, impressões e equipamentos de armazenamento e preenchimento dos mesmos.

Cronograma:

Atividades	Meses 2021						
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Pedidos autorização à Dir. Executiva ACES							
Pedidos autorização à CES							
Pedidos de autorização aos Coordenadores e Enf. Chefes ou Funções Chefia das Unidades							
Colheita de dados							
Tratamento de dados							
Entrega da Dissertação de Mestrado							

Declaração do responsável da Unidade para a realização do Estudo:

Anexo 2

2

Escalas/ Questionário

O questionário pode ser entregue em formato físico, papel, depois de assinados os Consentimentos Informados (CI) – CI1 - entregue ao Enfermeiro e o CI2 – de igual conteúdo, que fica na propriedade do participante. Devido à situação pandémica foi informalmente solicitada uma versão desmaterializada, consistindo num formulário *google forms* enviado por mail para os interessados pelo Enfermeiro de Família ou outro, que contacte com o cliente em âmbito de consulta de enfermagem numa das Unidades Funcionais em que se desenvolve o estudo, após entrega dos CIs.

Com este trabalho pretende-se a Avaliação da Organização, Avaliação das Consultas de Enfermagem e sugestões de melhoria em ambas. Para tal é aplicado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec&Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), intitulado "Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services" traduzido e culturalmente adaptado pelo modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter-cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19). Sugere que o

European Group on Halth Outcomes (ERGHO) como fonte de conceitos com equivalência cultural comprovada.

Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.

Ferreira e Marques sugerem que a uma primeira tradução dupla da língua original para a que se pretende realizar a nova versão. Neste caso, indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, é conduzida a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é a original do instrumento de colheita de dados, para que faça a retroversão linguística. Esta é comparada ao original, são introduzidos os ajustes, usando os conceitos listados no ERGHO procurando garantias de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (1998, p.21).

Remetem-se para o **anexo 3** as etapas de conciliação entre traduções anteriormente mencionadas, até obtenção da versão final do QAOS e os modelos do questionário em papel - **anexo 4** e modelo digital – **anexo 5**.

3

Modelo do Consentimento Informado

Anexos 6 (modelo em papel em duplicado, um para arquivo e outro para o utente) e Anexo 7 (modelo digital)

4

Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 9

5

Declaração dos colaboradores de referenciação ao Investigador

O estudo dispensa a formação e treino de colaboradores para a participação ou ajuda ao preenchimento dos questionários. Pretende-se que sejam os utentes ou representantes legais a preencherem os questionários.

Anexam-se as autorizações dos representantes de Enfermagem das Unidades onde decorre o estudo, tal como dos respetivos Coordenadores, formalizando o compromisso de envolvimento dos respetivos grupos de profissionais no desenvolvimento da investigação – Anexo 9.

Tal como acontece com os participantes, também a participação dos enfermeiros das várias Unidades é livre.

6

Identificação dos Elos de Ligação

Os Elos de ligação são os representantes das equipas de enfermagem em cada

Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia:

UCSP Sete Rios – Sra. Enfermeira Gestora Ana Cristina Mendes;

USF Benfica Jardim – Sra. Enfermeira Especialista Sofia Pimenta;

USF Parque – Sra. Enfermeira Especialista Susana Santos.

7

Declaração do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 8

8

Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 10

9

Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 11

10

Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Anexo 12

Referências Bibliográficas:

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro* (F. F. M. dos Santos (ed.)). Guide - Artes Gráficas, Lda.

Mold, J. W., Lawler, F., Schauf, K. J., & Aspy, C. B. (2012). Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.120106

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciencia e Saude Coletiva*, *22*(3), 725–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016

Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. *Zdravstveno Varstvo*, *57*(4), 175–182. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022

Pisnik, A., & Pevec, T. (2017). the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services. *Ekonomska Misao i Praksa*, *2*, 611–635.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. 255.

Lista de Anexos:

Anexo 1 – CV Investigador Formato Curto

Anexo 2 – Declaração dos responsáveis das Unidades Funcionais para a realização do Estudo (Coordenadores e Enfermeiros Responsáveis);

Anexo 3 – Tradução e adaptação do Instrumento de Colheita de Dados Original

Anexo 4 – Anexo Escalas/ Questionário - modelo em papel

Anexo 5 – Escalas/ Questionário - modelo digital

Anexo 6 – Modelo do Consentimento Informado - modelo em papel

Anexo 7 – Modelo do Consentimento Informado - modelo digital

Anexo 8 – Declaração e CV Sumário do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 9 – Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 10 – Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 11 - Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 12 - Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

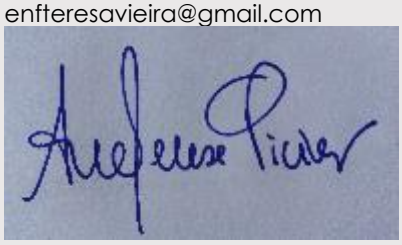
Anexo 1

CV Investigador Formato Curto

Perfil
Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira
DN: 5 de Novembro de 1981
Naturalidade: Lisboa, Portugal
Estado Civil: Casada

Contacto
TELEFONE:
965163445

EMAIL:
atv@sapo.pt
enfteresavieira@gmail.com



Atualizado a Maio 2020

ANA TERESA VIEIRA

Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária

FORMAÇÃO ACADÉMICA

Mestrado em Enfermagem na área de Gestão de Unidades de Saúde
2019 – presente data
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Pós-Graduação de Gestão e Liderança de Unidades de Saúde
2015
Universidade Atlântica, em 2015, com 17 Valores – 240 Horas

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
2010
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com 17 Valores – 1208 Horas

Pós-Graduada em Geriatria
2004
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, de Lisboa, com a classificação final de 13 valores – 70 Horas;

Licenciada em Enfermagem 2003
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, de Lisboa, em 2003, com a classificação final de 16 valores

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

ACES Lisboa Norte – Unidade de Saúde Pública - ACES Lisboa Norte
Março 2021–presente data
Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Grupo Coordenador de Vacinação com implementação, gestão dos CVC (Centros de Vacinação Covid-19) do ACES Lisboa Norte, em articulação com Câmara Municipal de Lisboa e Proteção Civil desde Fevereiro de 2021.

ACES Lisboa Norte – Colaboração com a Unidade de Saúde Pública
Junho 2020–Março 2021
Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Realização de Inquéritos Epidemiológicos e Vigilâncias Ativas. Formação e Acompanhamento de Equipas de Militares (Marinha) com intervenção nos inquéritos epidemiológicos e vigilância ativa de utentes do ACES Lisboa Norte (Dezembro 2020 a Fevereiro 2021);

ACES Lisboa Norte – Unidade de Saúde Pública - ACES Lisboa Norte
Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, em regime de requisição em contexto de Pandemia para Inquéritos Epidemiológicos, Atividades de Rastreio Comunitários/institucionais Visitas de Auditoria a Lares e ERPIs (com Segurança Social e Proteção Civil) desde junho 2020 até presente data;

ACES Lisboa Norte – Nomeação para a Direção de Enfermagem;
desde 2019

Assistente Convidada na ESEL

Assistente Convidada na ESEL a tempo parcial em regime de acumulação de Funções Públicas 45%

desde 2017

ACES Lisboa Norte – USF-Luz - Enfermeira nomeada em Funções de Chefia
2017-2021

ACES Lisboa Norte – USF-Luz - Responsável pelo Processo de Acreditação
(2016-2020)

Assistente Convidada na ESEL

Assistente Convidada na ESEL a tempo parcial em regime de acumulação de Funções Públicas 30%

(2011)

ACES Lisboa Norte – USF-Luz - Enfermeira e Interlocutora de Enfermagem
2009-2017

ACES Lisboa Norte – USF-Luz - Enfermeira pertencente ao Conselho Técnico da USF Luz
2009-2010

ACES Lisboa Norte – Centro de Saúde de Benfica - Enfermeira Generalista
Enfermeira na Sala de Tratamentos, Consulta de Cessação Tabágica e Coordenadora das Consultas de Enfermagem de Diabetes e Cessação Tabágica
2007-2009

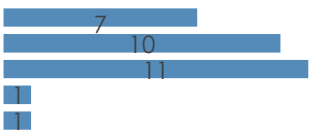
Centro de Saúde de Benfica - Enfermeira Generalista
Enfermeira Generalista com intervenção na Sala de Tratamentos, Atendimento Complementar e Programa de Vacinação em Adultos
2006

Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, **Enfermeira Generalista**
Internamento privado de todas as especialidades médicas e cirúrgicas em todas as etapas da vida
(2005-2007)

Centro de Saúde da Pontinha - Enfermeira Generalista
Enfermeira Generalista de Cuidados Continuados e de Cuidados Paliativos na Comunidade
(2003-2004)

Centro de Saúde da Pontinha - Enfermeira Generalista
Orientação e Supervisão das atividades desempenhadas pelas Ajudantes Familiares do Centro Cultural de Famões nas áreas da mobilização e reabilitação de pessoas dependentes em ADI (Apoio Domiciliário Integrado)
(2004).

ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL



	Competências Acrescidas área Gestão	Enfermeira Especializada Gestão	Funções Coordenação	Enfermeira Especialista Comunitária	Enfermeira Generalista
Anos Experiência	1	1	11	10	7

ÁREAS COMPLEMENTARES À ENFERMAGEM

Curso de Princípios de Comunicação Pedagógica – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020) – 8 Horas;

Curso de Acupuntura e Moxabustão – Universidade de Santiago de Compostela (2006-2007), com o título final de "Experto Universitário de Acupuntura Bioenergética y Moxabustión" – 300 Horas;

Curso de Reiki Essencial Nível 2 – Mestre Pedro Cunha (2006) - 14 Horas;

Curso de Reiki Essencial Nível 1 – Mestre Pedro Cunha (2006) - 7 Horas;

Curso de Massagem de Recuperação e Eletroterapia – Sindicato Nacional de Massagistas de Recuperação e Cinesiterapeutas (S.I.M.A.C.) (1997-1998), com a classificação final de 17 valores;

EXPERIÊNCIA COMO FORMADORA (não docente)

Palestrante VIII Congresso Luso-Espanhol de Alunos **"Papel do Enfermeiro numa Unidade de Saúde Pública em Contexto Pandémico"** Enfermagem – Escola Superior Saúde de Santarém - (2021);

Formadora na Sessão de Painel de Peritos Enfermeiros Convidados ESEL – Cuidar de Clientes Idosos e Famílias no Domicílio em Tempo de Pandemia por COVID-19: **"O Enfermeiro de Saúde Comunitária e Saúde Pública no Controlo da Pandemia" -** Escola Superior de Enfermagem Lisboa (2020);

Formadora no Webinar ESEL em Transformação – Conviver com a Pandemia: **"Papel do Enfermeiro numa Unidade de Saúde Pública em Contexto Pandémico" -** Escola Superior de Enfermagem Lisboa (2020);

Formadora na ação de formação em serviço: **"Insulinoterapia – uma visão da Consulta de Enfermagem"** – USF Luz (2020);

Preletora da apresentação "**Acreditação de Unidades de Saúde Familiares"** – II Jornadas de MGF da ARSLVT (2018);

Preletora da apresentação **"Motivação em Tempo de Crise" –** I Encontro do ACES Lisboa Norte (2010);

Preletora do **Projeto da Consulta de Diabetes/Caracterização da Diabetes do Centro de Saúde de Benfica** – Centro de Saúde de Benfica (2008);

Apresentação da Ação de Formação em Serviço: **"Avaliação de Soluções de Continuidade Cutâneas"** – Centro de Saúde de Benfica (2008);

"Terapias Não Farmacológicas para Controlo da Dor" – 1ª Jornadas de Enfermagem da Casa de Saúde da Idanha (2007);

Preletora da ação de formação em serviço: **"Anestesias: Definições e Cuidados de Enfermagem"** – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2006).

Preletora da ação de formação de **"Tratamento de Feridas e Seleção de Produtos"** no I Encontro de Enfermeiros do Centro de Saúde da Pontinha (2004);

Formadora na Curso de Preparação para Ajudantes Familiares para Apoio Domiciliário Integrado – **"Mobilizações e Posicionamentos – Intervenção em pessoas com défices de Locomoção"** – Centro de Saúde da Pontinha (2004);

Formadora da Sessão de Formação: **"Convatec – Nova terapêutica da ConvaTec no combate às feridas infetadas"** – Centro de Saúde de Sacavém (2004);

Apresentação – **"Estudos de Caso com penso Hidrofiber® com prata iónica"** – Congresso APTF (2004).

Projetos em Cuidados de Saúde Primários

Centro de Saúde de Benfica, **Projeto de Trabalho de Investigação: "Satisfação de Vida na Pessoa Idosa"** (2010);

Centro de Saúde de Benfica, **Projeto da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica** (2008);

Centro de Saúde de Benfica, **Projeto da Consulta de Enfermagem de Diabetes** (2008);

Comissões e Grupos de Trabalho

Centro de Saúde de Benfica, **Grupo de Trabalho da Diabetes** (2007-2010);

Centro de Saúde de Benfica, **Grupo de Trabalho da Cessação Tabágica** (2007-2010).

Publicações na Área da Saúde

Poster: **"Do Desbridamento à Cirurgia Plástica, Passando pela Câmara Hiperbérica: Estudo de Caso"** – GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2006);

Poster: **"Cateter de Implantação Subcutâneo, uma alternativa aos acessos tradicionais"** – Formasau – Departamento de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (2005);

Artigo sobre Caso Clínico de Úlcera de Pressão publicado na Informação Científica Aquacell Ag, ConvaTec – A Bristol-Meyers Squibb Company (2004);

Poster: **"Estudos de caso com penso Hidrofiber® com prata iónica"** – Congresso APTF (2004);

Orientação de Alunos de Enfermagem

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

2 alunos do 4º ano – Saúde Comunitária – 210 h de contacto cada Ensino Clínico 2020;

2 aluno do 4º ano – Saúde Comunitária – 315 h de contacto cada Ensino Clínico 2019;

2 alunos do 4º ano – Saúde Comunitária – 210 h de contacto cada Ensino Clínico 2018;

8 alunos do 4º ano – Saúde Comunitária – 288 h de contacto cada Ensino Clínico 2017;

Escola Superior de Enfermagem de São Vicente Paulo

2 alunos do 1º Ano – 2º Semestre de observação de 3 a 18 Fevereiro 2004;

2 alunos do 2º Ano – 2º Semestre de Ensino Clínico de Enfermagem Comunitária de 19 Janeiro a 20 Fevereiro 2004;

3 alunos do 4º Ano – 2º Semestre de Estágio Final de 22 Março a 25 Junho 2004;

2 alunos do 4º Ano – 1º Semestre de Ensino Clínico VII 8 Novembro a 13 Dezembro 2004;

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

3 alunos do 4º Ano – 2º Semestre de Estágio Final de 1 Abril a 23 Julho 2004;

Escola Superior de Enfermagem Maria de Fernanda Resende

3 alunos do 4º Ano – 2º Semestre de Ensino Clínico VIII de Janeiro a 13 Fevereiro 2004;

2 alunos do 4º Ano – 1º Semestre de Ensino Clínico VIII de 8 de Novembro a 13 Dezembro 2004;

2 alunos do 1º Ano – 2º Semestre de Estágio de observação de 20 a 30 de Janeiro 2004;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1 alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - 580 horas ano letivo 2020-21;

2 alunos do 1º ano – 2º Semestre de Estágio de observação de 31 Março a 2 Maio 2008.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMO FORMANDO

No Âmbito Geral da Profissão

9ª Reunião Pediátrica - Hospital CUF Descobertas (2020) – 18 Horas;

Suporte Básico de Vida – Desfibrilhação Automática Externa – com 19 valores, INEM (2017) – 6 Horas;

10ª Jornadas da Família - Clínica Gerações (2017) – 18 Horas;

7ª Reunião Pediátrica – O Sim e o Não em Pediatria – Hospital CUF Descobertas (2016) – 18 Horas;

III Jornadas da USF Descobertas – Qualidade em Saúde – USF Descobertas, ACES Lx Ocidental e Oeiras (2016) – 18 Horas;

XVI Jornadas Nacionais Patient Care – Centro de Congressos de Lisboa (2012) – 14 Horas;

Jornadas Nacionais Patient Care 2010 – Centro de Congressos de Lisboa (2010) – 14 Horas;

Curso de Cuidados de Enfermagem ao Doente Cardíaco – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2007) – 35 Horas;

Encontro de Enfermagem Imobilidade(s) – Formasau, Formação e Saúde, Lda (2006) – 12 Horas;

Curso de Cuidados de Enfermagem no Peri-Operatório - – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2006) – 24 Horas;

Curso de Interpretação de Traçado Electrocardiográfico – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2005) – 10 Horas;

Curso de Cuidados de Enfermagem ao Doente Ortopédico – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2005) – 21 Horas;

Curso de Cuidados de Enfermagem à Puérpera e Recém-Nascido – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2005) – 24 Horas;

Curso de Metodologia de Trabalho e Registos de Enfermagem – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (2005) – 16 Horas;

I Jornadas de Enfermagem: Sinais Vitais – Açores, Formasau – Departamento de Aperfeiçoamento Profissional (2005) – 14 Horas;

Na Prestação com o Coração – Simpósio de Enfermagem – I Feira da Saúde de Vila Viçosa – Câmara Municipal de Vila Viçosa (2005) – 14 Horas;

V Reunião Científica da Associação Nacional de Cuidados Paliativos – associação Nacional de Cuidados Paliativos (2003) – 14 Horas;

Fórum Gulbenkian de Saúde – Fundação Calouste Gulbenkian (2003);

Fórum Gulbenkian de Saúde – Fundação Calouste Gulbenkian (2003);

"Enfermagem: Um desafio Urgente" – XXIII Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem (2002) – 9 Horas;

Curso de Suporte Básico de Vida – Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2002) – 11 Horas;

Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Barreiro – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do H.N.S.R. do Barreiro (2001) – 14 Horas;

Conferência: "Enfermeiros sempre a seu lado: Unidos contra a Violência" – Associação Portuguesa de Enfermeiros (2001) – 7 Horas;

Seminário com o tema: "O Cuidado à Pessoa em Cuidados Paliativos", no âmbito do II Encontro da Comissão de Finalistas da E.S.E.S.V.P. – Escola Superior de Enfermagem de São Vicente Paulo (2000) – 7 Horas;

Curso Básico de Socorrismo – Cruz Vermelha Portuguesa (1997) – 35 Horas.

Em Cuidados de Saúde Primários

Feridas complexas (Módulos 1,2,3,4 e 5) – ARSLVT (2019) – 35 horas;

"Do uso da CIPE nos Sistemas de Informação em Saúde: Partilhar a Experiência" – ACES Lisboa Norte (2018) – 6 horas;

Workshop Prático – Contraceção de longa duração USF Luz/Gerações (2018) – 1,5 horas;

"Curso Intensivo de Prevenção/Intervenção em Malnutrição Infanto-Juvenil: Prescrição de Exercício Físico tendo como referência a Dieta Mediterrânia – Eat Mediterranean" – ARSLVT (2017) – 7 Horas;

"Condução de Viaturas de Serviço" – ARSLVT (2017) – 2 horas;

"Coaching" na Diabetes – Menarini Diagnósticos, Lda. (2016) – 8 Horas;

Visão 2020: Competitividade, Saúde e Educação – SInASE (Universidade Católica Lisboa) (2013) – 4 horas;

8º Congresso de Educadores - A diabetes nas nossas mãos – APDP (2013) – 14 horas;

5º Encontro Nacional das USF – Unidades de Saúde Familiar-Associação Nacional (2013) – 20 horas;

Formação Avançada em Diabetes – APDP e Abbott Laboratórios Lda (2012) – 14 horas;

X Congresso GAIF: Uma década de Formação e Investigação – GAIF (2011) – 12 horas;

Nutridos com amor – Leites Novalac (2011) – 1 hora;

CIPE/SAPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Utilização do Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermagem - ARSLVT, I.P. (2010) – 30 Horas;

Curso de Educação Terapêutica na Diabetes - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2010) – 13 Horas;

Curso de Aconselhamento Alimentar em Diabetes - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2010) – 13 Horas;

Aplicação do Programa Nacional de Vacinação - ARSLVT, I.P. (2010) – 14 Horas;

Sessão de Formação em Cessação Tabágica – Intervenção Breve e Terapêutica Farmacológica – Centro de Saúde de Benfica (2008);

Boas Práticas no Tratamento e Prevenção das Úlceras de Perna de Origem Venosa – Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) (2008) - 7 Horas;

Curso de Formação Profissional "Realização de Testes-Rápidos VIH/SIDA" – Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo (2008) – 7 Horas;

Curso de Pé Diabético – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2008) – 30 Horas;

"Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)" – ARS LVT, I.P. (2008) – 6 Horas;

Curso de Prevenção e Tratamento da Diabetes – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2008) – 30 Horas;

Seminário com o tema "Feridas: da Evidência à Prática 2" – GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2006) – 12 Horas;

Simpósio de Tratamento Avançado de Feridas – Smith&Nephew (2006) – 7 Horas;

Simpósio Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas – 2006 - A.P.T.F. (2006) – 15 Horas;

Curso de Tratamento de Feridas Cutâneas Crónicas – Confraria do Pão (2004) – 7 Horas;

1º Encontro de Enfermeiros do Centro de Saúde da Pontinha – Centro de Saúde da Pontinha (2004) – 7 Horas;

XXV Congresso Português de Geriatria – II Jornada Luso-Brasileira de Geriatria – Jornada de Geriatria Social (2004) – 21 Horas;

Ação de Formação "Plano Nacional de Vacinação para 2000" – Centro de Saúde da Pontinha (2000) – 1 Hora e 30 Minutos;

Encontro Vida Ativa, Alimentação Saudável e Gestão de Stress – Câmara Municipal de Oeiras (1999) – 7 Horas;

OUTRAS ACTIVIDADES

Direção do Curso Prático de Massagem Terapêutica – Estudos Avançados de Naturologia (2006-2007);

Professora do Curso Profissionalizante de Massagem Terapêutica – Estudos Avançados de Naturologia (2006);

Professora da Cadeira Semestral de Quiromassagem do Curso de Naturologia (Equiparado a Licenciatura) – Estudos Avançados de Naturologia (2005).

TRABALHO DE VOLUNTARIADO

Técnica de Massagem e Cinesiterapia (1994-2005);

Projeto de apoio idosos em isolamento social no Bairro da Picheleira – Médicos do Mundo (2002-2003).

Anexo 2

Declaração dos Responsáveis das Unidades para a realização do Estudo
(Coordenadores e Enfermeiros Responsáveis)

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do projecto " **Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem",** no **ACES Lisboa Norte** sob a responsabilidade da Srª Enfª Ana Teresa Vieira, tendo como orientadora Profª Doutora Amélia Castilho.

Dr. João Ramires
Presidente do C. Clínico e da Saúde
ACES Lisboa Norte

12/7/2021

Dra. Eunice Carrapiço

Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

Data

Envia para o Núcleo de Investigação do ACES (Prof. Bruno Heleno). Concordo com o estudo. (12/7/2021)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte,

Dra. Eunice Carrapiço

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade e proteção dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Pretendo colher a Sua autorização para desenvolver a investigação no ACES Lisboa Norte, se considerar estarem reunidas condições logísticas, humanas e éticas nas Unidades de Saúde Familiares Parque e Benfica-Jardim e USCP de Sete Rios.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

REGISTO N.º 2096

DATA 07-07-2021

Perceções dos Clientes sobre Unidades de CSP e Consulta de Enfermagem

Ana Teresa Vieira

2021

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM –
Área Gestão Unidades de Saúde

COMO SURGE

As UF contratualizam Indicadores de Desempenho muito ambiciosos

A realização dos objetivos implicam profissionais, mas principalmente utentes

Existência de múltiplos prestadores, com custos convidativos para o cliente que oferecem mais diferenciação, condições ambientais e tecnologia

Como tornar a oferta assistencial mais atrativa e ao mesmo tempo obter:

Melhores resultados Organizacionais

Melhorar perceção de Organização

Melhor perceção da Consulta de Enfermagem

“Perceber o que os clientes de diferentes ***segmentos*** *em CSP mais valorizam na sua Organização e na Consulta de Enfermagem permite aproximar a* ***oferta*** *às* ***expectativas*** *e obter* ***melhores resultados*** *individuais e Organizacionais”*

Objetivos do Estudo

O1 - Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;

O2 - Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;

O3 - Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;

O

O4 - Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;

O5 - Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;

O6 - Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Questão de Investigação

Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Hipóteses de Investigação

H

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 - Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 – A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada.

H4 – A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 – A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

AS VARIÁVEIS (DEPENDENTES) EM ANÁLISE

São 2:

Avaliação da Perceção do cliente sobre a Unidade Funcional

Avaliação da Perceção sobre o Tipo de Consulta de Enfermagem utilizada

AS VARIÁVEIS (Independentes) EM ANÁLISE

As várias Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários;

Tipos de Consultas de Enfermagem;

Utilização simultânea de outro subsistema de saúde.

Dimensões para calcular as avaliações da Organização e Consulta Enfermagem

…mas há outras variáveis que (eventualmente) influenciam o resultado

De Caracterização

Idade

Género

Nível de Escolaridade

Estado Civil

Situação perante o Trabalho

SEGMENTAÇÃO DA AMOSTRA

Segmentação é um conceito do Marketing com aplicação à saúde:

- Agrupa pessoas com características ou necessidades de saúde semelhantes (Clusteres)
- Em CSP há indicadores assistenciais dirigidos a populações específicas
- Pessoas com necessidades de saúde semelhantes terão abordagens profissionais e organizacionais semelhantes – CORRETAS?

SEGMENTOS DA AMOSTRA (1/2)

0 - 11 Meses	12 - 23 Meses	2 - 18 Anos
Teste do Pezinho;	PNV;	PNV;
VD ao RN;	3 Consultas Enfermagem 12-23 M;	EGS (5-6 anos);
PNV;	1 Avaliação Desenvolvimento.	EGS (10-13 anos);
2 Avaliações Desenvolvimento;		2 Avaliações de Desenvolvimento;
6 Consultas Enfermagem 0-11M.		Consulta anual.

SEGMENTOS DA AMOSTRA (2/2)

Saúde da Mulher	Saúde do Adulto & Idoso	Dependentes & Cuidadores
PNV; Consulta Anual de PF 25-54 Anos; Registo Contraceção 15-50 anos; 6 Consultas da Gravidez (antes das 12 semanas e inclui Rev. Puerpério).	PNV/VGs; Consulta anual (ou 3A); Diabéticos e Hipertensos semestral; Outros grupos risco em função necessidade (hipocoagulação)	PNV/VGs; Frequência determinada pelos tratamentos/ grupo risco; Inclui um cuidador por cada pessoa dependente

Perceber Expectativas do Cliente

Alinhar necessidades de saúde percebidas às reais, oferecer maior qualidade, construir satisfação, compromissos de longo prazo PRODUZIR VALOR EM CSP.

Oferta Assistencial Concorrente existe em CSP?

Concorrência implica serviços similares, diferem na forma de oferecer, custo, ofertas complementares e/ou promocionais

Complementares?

A prática demonstra procura de serviços complementares

Cooperar com concorrentes não significa menos para CSP, significa MAIS para o Cliente

Valorizar CSP

É demonstrar oferta de valor ao cliente, desenvolver o comprometimento organizacional e a lealdade por ser a melhor oferta
É oferecer serviços ímpares, públicos

(próximas) Fases da Investigação

- Autorização Sra. Diretora Executiva (Jun 2021)
- Autorização dos Coordenadores e Enfermeiros em Funções de Chefia das Unidades Funcionais (Jul 2021)
- Submissão dos Documentos à Comissão Ética em Saúde da ARSLVT, IP; para aprovação (Jul/Ago 2021)
- Colheita e Tratamento dos Dados (Set-Dez 2021)

Procedimentos Éticos e Garantias de Confidencialidade – Operacionalização Modelo em Papel

Compromisso de Confidencialidade

Entregue Consentimento Informado aos participantes garantindo anonimato, confidencialidade dos dados colhidos e âmbito da investigação

Assinatura do Consentimento Informado (CI)

Após leitura deve ser rubricado e devolvidos ao Enfermeiro para arquivo em pasta fechada. Entregue copia ao utente.

Entrega dos Questionários

Os questionários por preencher são entregues aquando da Receção dos CI na Sala de Espera, Gabinete de Enfermagem ou Domicílio. É entregue uma caneta a cada participante

Devolução dos Questionários

Os questionários preenchidios devem ser depositados numa urna opaca

Recolha dos Questionários e CI

Semanalmente, ou sempre que urna cheia, serão recolhidos nas diversas Unidades, os questionários e CI

Tratamento dos Dados Recolhidos

Sempre de forma anónima, utilizando programa estatístico SPSS na versão 20.

Procedimentos Éticos e Garantias de Confidencialidade – Operacionalização Modelo Digital

Compromisso de Confidencialidade

O Formulário tem início com texto e apresentação e autorização livre de participação e conhecimento das garantias de tratamento justo e anónimo dos dados colhidos.

Consentimento Informado (CI)

Após leitura, deve ser selecionada a opção **aceito** para prosseguir no preenchimento. A opção **não aceito** envia de imediato o formulário sem possibilidade de preenchimento de dados.

Entrega/Preenchimento dos Questionários

O questionário deverá ser preenchido pelo utente, cuidador ou representante legal através de um link enviado pelo enfermeiro para o e-mail a designar pelo utente.

Garantias Higiene e Segurança

O preenchimento desmaterializado oferece garantias de segurança, no entanto, poderá condicionar a amostra.

Tratamento dos Dados Recolhidos

Sempre de forma anónima, através de formulário google forms e posteriormente utilizando programa estatístico SPSS na versão 20.

Obrigado!

Questões?

Estarei sempre disponível para mais questões

enfteresavieira@gmail.com

965163445

Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

Caixa de entrada

Ana Teresa Vieira sexta, 30/07, 17:44 (há 9 dias)

Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver

Paulo Coelho | USF Parque segunda, 2/08, 12:45 (há 6 dias)

para mim, Susana

Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.

Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Ach importante articular com a equipa de enfermagem.

Melhores cumprimentos

Paulo Baptista Coelho
Médico de Família
Coordenador da USF Parque

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa, Av. Do Brasil nº 53
1749-080 Lisboa

TEL: +351 217 816 474(5) FAX: +351 217 816 477

paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

...

[Mensagem reduzida] Ver toda a mensagem

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> segunda, 2/08, 16:28 (há 6 dias)

para atv

---------- Forwarded message ----------
From: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>
Date: Mon, 2 Aug 2021 11:45:33 +0000
Subject: RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque
To: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>, Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>

Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.

Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Acho importante articular com a equipa de enfermagem.

Melhores cumprimentos

Paulo Baptista Coelho

Médico de Família

Coordenador da USF Parque

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.
|
REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa, Av. Do Brasil nº 53

1749-080 Lisboa

TEL: +351 217 816 474(5) FAX: +351 217 816 477

paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

[cid:3b1aaca1-b437-4bf0-8e54-921d9015718a]
[cid:30924a6e-85d3-4562-ab50-747d11424ae9]
[SNS]
[Mascara_2020]

Susana Margarida Santos | USF Parque quarta, 4/08, 09:35 (há 4 dias)

para mim

Bom dia,

muitos parabéns pela temática escolhida.
Pode contar com a equipa de enfermagem da USF do Parque para colaborar no trabalho de investigação.

Com os meus melhores cumprimentos
Susana Santos

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

Boa tarde
Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver investigação sob o tema "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem".
Após aprovação por parte da Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, venho por este meio solicitar autorização para realizar uma parte do trabalho de Investigação da Dissertação de Mestrado na Unidade de Saúde Familiar Parque.
Pretende-se a realização de um questionário em formato físico (papel) ou desmaterializado (google forms) aos utilizadores de várias Consultas de Enfermagem, conforme descrito no documento de pedido de autorização.
Junto anexo uma breve apresentação do Projeto de Investigação, o Questionário que se pretende aplicar e os pedidos formais devidamente assinados.
Peço deferimento

Teresa Vieira

Pedido de Autorização para reali | Gmail - Pedido de Autorização p

mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=dd3af059c1&view=lg&permmsgid=msg-f:1709886378980891082

Apps | Gmail | YouTube | Maps | Lista de leitura

Gmail

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>

Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Benfica-Jardim

Manuela Cruz | USF Benfica Jardim <maria.m.cruz@arslvt.min-saude.pt> 3 de setembro de 2021 às 14:12
Para: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Cc: Sofia Pimenta | USF Benfica Jardim <sofia.pimenta@arslvt.min-saude.pt>, EXT_GTUCC_Eunice_Carrapico <eunicecarrapico@gmail.com>

Ana Teresa

É com prazer que informo que a equipa de enfermagem da USF Benfica Jardim, aceita participar no estudo de investigação sob o tema "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", decisão tomada na última reunião de enfermagem que teve lugar no dia 18-8-2021, com a seguinte informação:

Foi aprovada pelas enfermeiras presente a colaboração da equipa no trabalho de Mestrado em enfermagem "Perceção dos clientes sobre as unidades de CSP e consultas de enfermagem"

Com os melhores cumprimentos

Dra MANUELA CRUZ
Médica, Assistente Graduada Sênior de MGF
Coordenadora da USF Benfica Jardim
maria.m.cruz@arslvt.min-saude.pt

USF BENFICA JARDIM
Rua General Morais Sarmento, - 1º - 1500-310 Lisboa

Escreva aqui para procurar | 25°C | 19:34 05/09/2021

E-mail – Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte – Outlook - Google Chrome

outlook.office.com/mail/deeplink?popoutv2=1&version=20210823004.07

Responder a todos | Eliminar | Lixo | Bloquear

RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Benfica-Jardim

Ata da Reunião nº9_2021... 260 KB

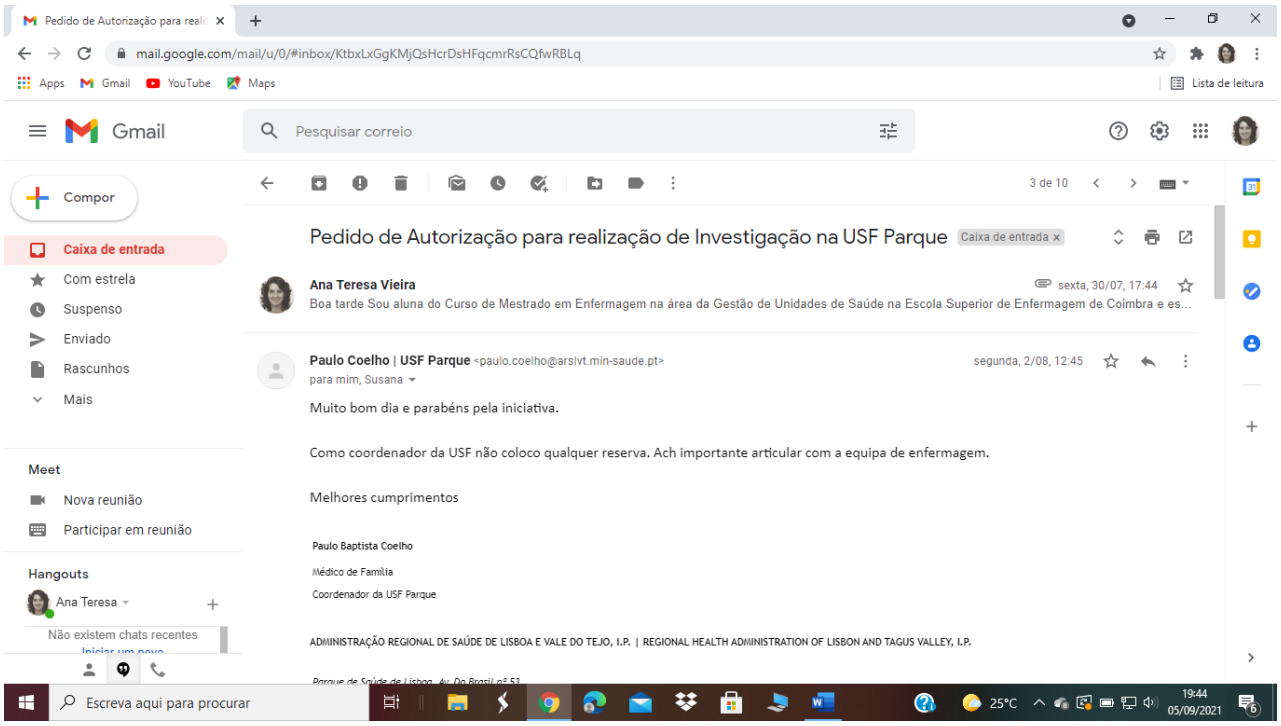
Dra Manuela,

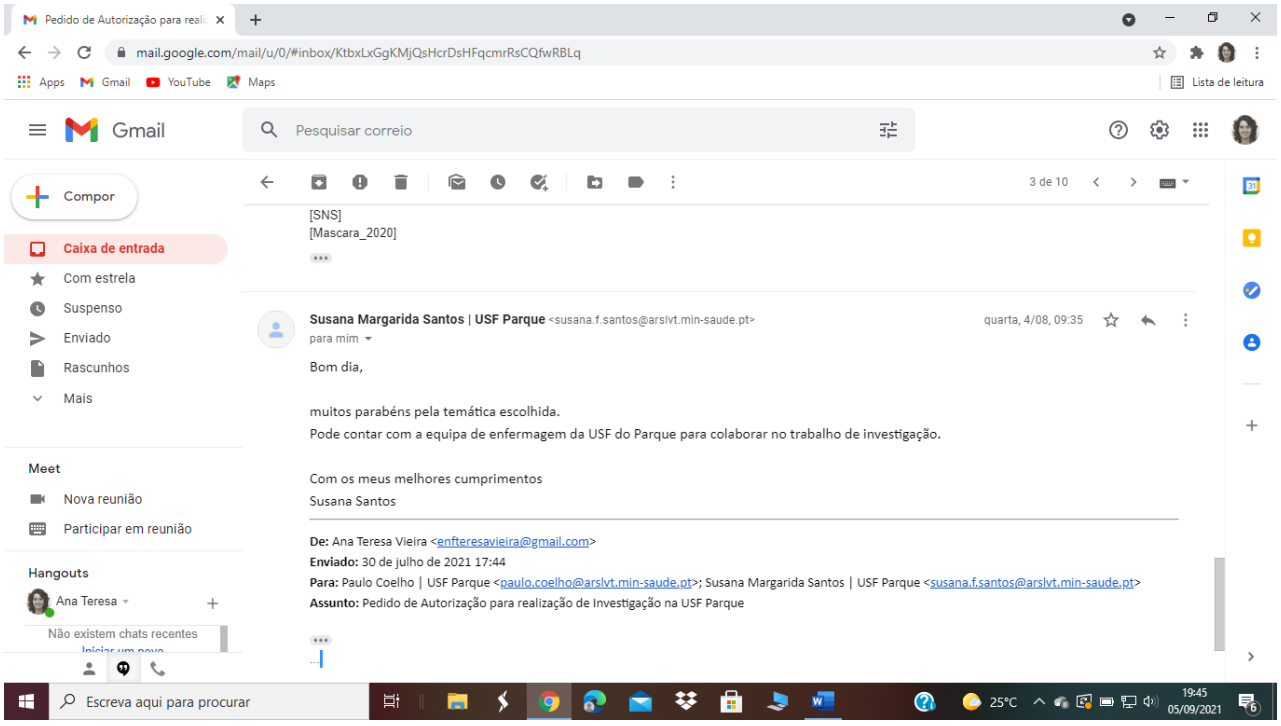
venho por este meio informar que a equipa de enfermagem aceitou participar na investigação sob o tema: "Perceção dos clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem".
Segue em anexo a ata da reunião de enfermagem onde foi votado e aceite por todas as presentes.

Atenciosamente

Sofia Pimenta
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
sofia.pimenta@arslvt.min-saude.pt
USF BENFICA JARDIM
Rua General Morais Sarmento, 1º - 1500-310 Lisboa
Tlf: 217 628 119 / 217 628 101
Fax: 217 628 108

Escreva aqui para procurar | 25°C | 19:40 05/09/2021


Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque
Caixa de entrada
Ana Teresa Vieira
Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e es...
sexta, 30/07, 17:44
Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>
para mim, Susana
segunda, 2/08, 12:45
Muito bom dia e parabéns pela iniciativa.
Como coordenador da USF não coloco qualquer reserva. Ach importante articular com a equipa de enfermagem.
Melhores cumprimentos
Paulo Baptista Coelho
Médico de Família
Coordenador da USF Parque
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF LISBON AND TAGUS VALLEY, I.P.


[SNS]
[Mascara_2020]
Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
para mim
quarta, 4/08, 09:35
Bom dia,
muitos parabéns pela temática escolhida.
Pode contar com a equipa de enfermagem da USF do Parque para colaborar no trabalho de investigação.
Com os meus melhores cumprimentos
Susana Santos
De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:44
Para: Paulo Coelho | USF Parque <paulo.coelho@arslvt.min-saude.pt>; Susana Margarida Santos | USF Parque <susana.f.santos@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de Autorização para realização de Investigação na USF Parque

E-mail – Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte – Outlook - Google Chrome

outlook.office.com/mail/deeplink?popoutv2=1&version=20210829002.04

Responder a todos | Eliminar | Lixo | Bloquear | ···

FW: Pedido de Autorização para realização de Investigação na UCSP Sete Rios

De: Isabel Ferreira | UCSP Sete Rios <isabel.ferreira@arslvt.min-saude.pt>
Enviado: 9 de setembro de 2021 17:03
Para: Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte <ana.vieira@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: RE: Pedido de Autorização para realização de Investigação na UCSP Sete Rios

Cara Srª Enfermeira
Teresa Vieira,

A UCSP de 7 Rios colaborará seguramente com agrado no trabalho de Investigação a que propõe.

Desejo os maiores sucessos

Isabel Duarte Ferreira

Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar
Coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sete Rios

UCSP SETE RIOS | ACES LISBOA NORTE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

TEL: +351 21 721 1800
ucsp.seterios@arslvt.min-saude.pt

Escreva aqui para procurar — 25°C — 18:22 09/09/2021

Pedido de Autorização para reali

mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHrhvXFsqRqNpJcNrXBfvtrjzTmfGPQ

Apps | Gmail | YouTube | Maps | Lista de leitura

Gmail — Pesquisar correio

Compor

Caixa de entrada
Com estrela
Suspenso
Enviado
Rascunhos
Mais

Meet
Nova reunião
Participar em reunião

Hangouts
Ana Teresa
Não existem chats recentes

2 de 10

Ana Teresa Vieira — sexta, 30/07, 17:47
Boa tarde Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e es...

Ana Cristina Mendes | UCSP Sete Rios — quinta, 2/09, 12:34 (há 3 dias)
para mim, Isabel

Olá enfª Teresa

Após consulta dos documentos enviados, a enfermagem da UCSP de Sete Rios vai colaborar neste estudo através da entrega e explicação dos questionários aos utentes.
Cumprimentos.

Ana Cristina Mendes
Enfermeira Chefe
ACES Lisboa Norte - C. S. de Sete Rios
Contato: 217211805
TMV:961898878
Email: ana.cristina.mendes@arslvt.min-saude.pt

De: Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com>
Enviado: 30 de julho de 2021 17:47

Escreva aqui para procurar — 25°C — 19:36 05/09/2021

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exmo. Sr. Coordenador da USF Parque,

Dr. Paulo Coelho

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Enfermeira em Funções de Chefia da USF Parque,

Enf.ª Especialista Susana Santos

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

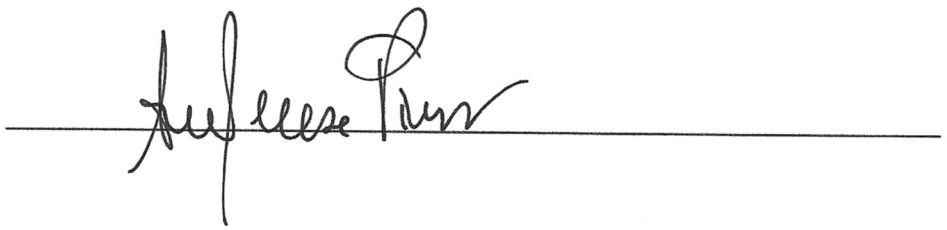
Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Coordenadora da UCSP Sete Rios,

Dra. Isabel Ferreira

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Enfermeira Gestora da UCSP de Sete Rios,

Enf.ª Gestora Ana Cristina Mendes

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Coordenadora da USF Benfica Jardim,

Dra. Manuela Cruz

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

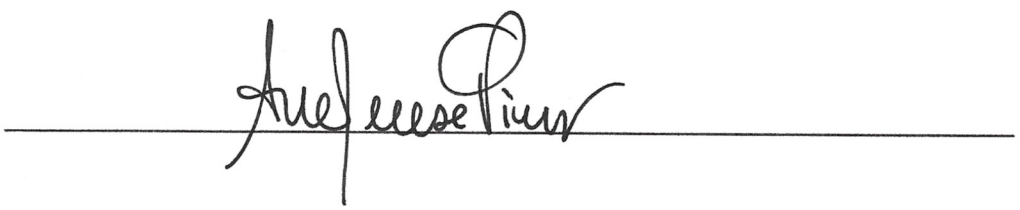
Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Enfermeira Interlocutora de Enfermagem da USF Benfica Jardim,

Enf.ª Especialista Sofia Pimenta

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Anexo 3

Tradução e Adaptação do Instrumento de Colheita de Dados (etapas)

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> sexta, 7/05, 20:29

para aleksandra.pisnik, teodor.pevec, redetebl+63

My name is Ana Teresa Vieira, I am a nurse specialized in primary health care and currently I am also a Master student in Nursing - Health Care Management by Orientation of Amélia Filomena Mendes Castilho (Rn, MSc on heath care economy and management, PhD on Nurse Sciences); in Coimbra, Portugal.

I found your article “Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services” extremely interesting.
It has answered some areas of my interest, not yet properly worked on heath care practice and that I would like to explore in the near future.

In my academic career, I will develop a research study in 3 different primary care providers in Lisbon, and I am very interested in using your questionnaire if you allow me so.
I am aware of translation procedures, as well as the validation for the Portuguese population and primary health services.

I hope to find significant results that may help heath care providers, especially nurses, to conceive more effective family interventions based on value and loyalty which may help to built more robust health performance results.
Asks for approval.
Ana Teresa Vieira

Aleksandra Selinšek <aleksandra.selinsek1@um.si> quinta, 20/05, 06:57

para mim

Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês

Dear Ana Teresa Vieira,

you can always use published questionnaire under condition that you cite the original authors properly.

I wish you a lot of success with your research.

If you are interested for comparison of the results let us know.

Best regards,

izr. prof. dr. Aleksandra Selinšek
Univerza v Mariboru | University of Maribor
Ekonomsko-poslovna fakulteta
Faculty of Economics and Business

Razlagova 14, 2000 Maribor, Slovenija
T: +386 (0)2 22 90 342
E: aleksandra.selinsek1@um.si www.epf.um.si

Fase 1		Fase 2	Fase 3
VERSÃO ORIGINAL (ing)	**PRIMEIRA TRADUÇÃO (ing-port 1)**	**SEGUNDA TRADUÇÃO (ing-port 2)**	**VERSÃO DE CONCILIAÇÃO (port 1 e 2)**
V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital	O1 - Qualidade da Organização e da equipa da Organização:	VI V1: QUALIDADE DO SERVIÇO e da equipa do hospital:	O1 - Qualidade da Organização e da equipa da Organização:
The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	A equipa desta organização faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.	A equipa desta instituição faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.	A equipa desta organização faz-me sentir seguro/a durante um tratamento.
The personnel of this institution helps in na adequate and quick way.	A equipa desta organização fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.	A equipa desta instituição fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.	A equipa desta organização fornece ajuda de uma forma adequada e rápida.
The personnel of this institution is familiar with its area of work.	A equipa desta organização está familiarizada com está área de trabalho.	A equipa desta instituição está familiarizada com está área de trabalho.	A equipa desta organização está familiarizada com está área de trabalho.
V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:	O2 - Reputação geral da Organização e da equipa:	VI V2: REPUTAÇÃO GERAL DO HOSPITAL e da equipa:	O2 - Reputação geral da Organização e da equipa:
Thins instututions has good status in the surrounding.	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.	Esta instituição tem um bom estatuto na sua zona.	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.
The employees of this institution are very respectec in public	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.	Os funcionários desta instituição são muito respeitados em público.	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.
The management of this institution is very respectec in public	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.	A gestão desta instituição é muito respeitada em público.	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.
Media usually report positively on this institution.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta instituição.	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.
V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização	VI V3: VALOR DO HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização
I perceive more good than bad things in the institution.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta instituição.	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.
All in all, this is the institution whith a high value of services.	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.	No geral, esta é uma instituição com serviços de alta qualidade.	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.
This institution has good ratio between all the received benefits na all losses that I have at the same time.	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.	Esta instituição tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.
V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects oh the visit:	O4 -Aspetos de duração e custos da visita	VI V4: PERÍODO DE TEMPO E CUSTOS da visita:	O4 -Aspetos de duração e custos da visita
A visit to this institution ruins my other plans, which leads to incovenient situations.	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.	Uma visita a esta instituição impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
A treatment in this institution represents a great deal of expense to me	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.	Um tratamento nesta instituição representa gastos elevados para mim.	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.
A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).	Uma visita a esta instituição está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).
V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização	VI V5: SATISFAÇÃO com um tratamento no hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização
A decision to visit this institution was a smart decision.	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.	A decisão de visitar esta instituição foi uma boa decisão.	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.
I have mostly good experience whith the institution.	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.	Tive sobretudo boas experiências com esta instituição.	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.
It came to my notice that other people have good experience with this institution.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta instituição.	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.
V6: RECOMMENDATIONS:	O6 – Recomendações	VI V6: RECOMENDAÇÕES:	O6 – Recomendações
I will again choose this institution in the future in case I need it.	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.	Voltarei a escolher esta instituição no futuro caso necessite.	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.
I woud be happy to recommend this institution also to other people.	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.	Recomendaria esta instituição a outras pessoas.	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.
I always speak positively about this health institution.	Falaria sobre esta Organização sempre de forma positiva.	Falaria sobre esta instituição sempre de forma positiva.	Falaria sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Fase 4

Fase 5

TERCEIRA TRADUÇÃO (port-ing)		VERSÃO ORIGINAL		ANÁLISE SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	VERSÃO PORTUGUESA FINAL
O1 - Quality of the Hospital and Hospital team:		V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais:
The team at this hospital makes me feel safe during treatment.		The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.
The team at this hospital provides adequate and speedy assistance.		The personnel of this institution helps in na adequate and quick way.		TEAM vs PERSONNEL; speedy/ quick way - VALIDADOS	Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.
The team at this hospital is familiar with this field of work.		The personnel of this institution is familiar with its area of work.		TEAM vs PERSONNEL; hospital/institution; field of work/area of work - VALIDADOS	Os Profissionais desta organização estão familiarizados com está área de trabalho.
O2 - General reputation of the Hospital and the team		V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:		TEAM vs PERSONNEL - VALIDADO	O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais:
This hospital has a good reputation in its area.		This instututions has good status in the surrounding.		hospital/institution; area, surrounding - VALIDADO	Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.
The employees of this Hospital are greatly respected by the public.		The employees of this institution are very respectec in public		hospital/institution - VALIDADO	Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.
The management of this Hospital is greatly respected by the public.		The management of this institution is very respectec in public		hospital/institution - VALIDADO	A gestão desta Organização é muito respeitada em público.
The media, in general, reports positively on this Hospital.		Media usually report positively on this institution.		hospital/institution; (sinalização gráfica)	Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.
O3 - Perceived value of the Hospital		V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:		V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	O3 - Valor percebido da Organização
I see more positive aspects at this Hospital than negative ones.		I perceive more good than bad things in the institution.		hospital/institution - VALIDADO	Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.
In general, this Hospital provides high-quality services.		All in all, this is the institution whith a high value of services.		hospital/institution - VALIDADO ; value/quality	No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.
This Hospital has a good percentage of benefits received compared to its losses.		This institution has good ratio between all the received benefits na all losses that I have at the same time.		hospital/institution; ratio, percentage; (at the same time) - VALIDADO	Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.
O4 - Duration and cost of the visit		V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects oh the visit:		timeline/duration - VALIDADO	O4 -Aspetos de duração e custos da visita
A visit to this Hospital prevents me from carrying out my plans, resulting in inconvenient situations.		A visit to this institution ruins my other plans, which leads to incovenient situations.		hospital/institution - VALIDADO	Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.
Treatment at this Hospital means high costs for me.		A treatment in this institution represents a great deal of expense to me		hospital/institution; high costs/great deal of expense - VALIDADO	Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.
A visit to this Hospital is related with material costs (transport, parking, loss of income, payment of services)		A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).		hospital/institution; transport/travel expense; earnings/income; parking (fee) - VALIDADO	Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).
O5 - Satisfaction with treatment at the Hospital		V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:		V5: SATISFACTION whith treatment in the hospital:	O5 - Satisfação com o tratamento na Organização
The decision to visit this Hospital was a good one.		A decision to visit this institution was a smart decision.		hospital/institution - VALIDADO	A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.
Above all, I have had good experiences at this Hospital.		I have mostly good experience whith the institution.		I have had good experiences/I have mostly good experience - VALIDADO	Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.
I noticed that other people had good experiences at this Hospital.		It came to my notice that other people have good experience with this institution.		I noticed/It came to my notice - VALIDADO	Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.
O6 - Recommendations		V6: RECOMMENDATIONS:		V6: RECOMMENDATIONS:	O6 – Recomendações
I will choose this Hospital again if required.		I will again choose this institution in the future in case I need it.		if required/in case I need it - VALIDADO	Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.
I would recommend this Hospital to other people.		I woud be happy to recommend this institution also to other people.		I would recommend/I woud be happy to recommend - VALIDADO	Recomendaria esta Organização a outras pessoas.
I would always speak positively about this Hospital.		I always speak positively about this health institution.		Hospital/health institution - VALIDADO	Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

PRESSUPOSTOS ADAPTAÇÃO INTEGRATIVA
Hospital/Institution serão traduzidos como Organização
Team e Personnel são conceitos semânticamente idênticos, traduzidos por Profissionais (de saúde)
Sempre que semamticamente idênticos, os conceitos são validados

Anexo 4

Escalas/ Questionário - modelo em papel

1. Consentimento Informado

Cópia para o Utente

1/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem.

Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente.

Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas.

Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes.

Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieiramail.com

_____Rubrica

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

1. Consentimento Informado

Cópia para o Enfermeiro de Família

2/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem.

Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente.

Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas.

Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes.

Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieiramail.com

_____Rubrica

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

2. Unidade de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ UCSP Sete Rios
- ◯ USF Benfica Jardim
- ◯ USF Parque

3. Consulta de Enfermagem que utiliza hoje *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Saúde Infantil - 0 aos 11 meses
- ◯ Saúde Infantil 12 aos 23 meses
- ◯ Saúde infanto-juvenil 2 -17 anos
- ◯ Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Materna, Puerpério)
- ◯ Saúde do Adulto (Vacinação, Sala de Tratamentos, Consulta Diabetes, Consulta Hipocoagulação, Vigilância de Saúde/Doença)
- ◯ Dependente (Cuidados domiciliários; inclui cuidador principal)

4. Sexo

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

5. Idade

_____

6. Estado Civil

_____

7. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Iletrado
- ◯ Até 4 anos de Escolaridade
- ◯ Entre 4 e 12 anos de Escolaridade
- ◯ Ensino Superior

8. Situação perante o Trabalho

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Desempregado
- ◯ Estudante
- ◯ Part-time/ trabalho a tempo parcial
- ◯ Trabalhador por conta de outrem
- ◯ Trabalhador Independente
- ◯ Aposentado

9. Utilização Simultânea de Subsistema de Saúde (Ex: ADSE, Seguros Saúde Privados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Avaliação da Organização

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais

10. Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

11. Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

12. Os Profissionais desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais

13. Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

14. Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

15. A gestão desta Organização é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

16. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O3 - Valor percebido da Organização

17. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

18. No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

19. Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas (custos/prejuizos).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O4 -Aspetos de duração e custos da visita

20. Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

21. Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

22. Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização

23. A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

24. Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

25. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O6 – Recomendações

26. Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

27. Recomendaria esta Organização a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

28. Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem

29. Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

30. Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

31. Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem

32. Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

33. Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

34. A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

35. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem

36. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

37. No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

38. Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E4 -Aspetos de duração e custos da visita

39. Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

40. Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

41. Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem

42. A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

43. Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

44. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E6 – Recomendações

45. Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

46. Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

47. Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Melhorando a Sua perceção

O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Organização e Consulta de Enfermagem

_____

_____

_____

_____

Anexo 5

Escalas/ Questionário - modelo digital

Perceção do Cliente sobre Organizações de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem

Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde e Consulta de Enfermagem

*Obrigatório

1. Prezado Utente. Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem, um questionário adaptado do original "Evaluation System for Patient´s Assessment of Helath Services" de Pevec e Pisnick (2017). Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente. Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas. Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes. Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já. Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Sim, aceito participar no Estudo.
   - ◯ Não, não pretendo participar no Estudo.

Parte 1

Caracterização da Amostra - Queremos conhecê-lo melhor

2. Unidade de Saúde *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ UCSP Sete Rios
   - ◯ USF Benfica Jardim
   - ◯ USF Parque

3. Consulta de Enfermagem que utiliza hoje *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Saúde Infantil - 0 aos 11 meses
- ◯ Saúde Infantil 12 aos 23 meses
- ◯ Saúde infanto-juvenil 2 -17 anos
- ◯ Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Materna, Puerpério)
- ◯ Saúde do Adulto (Vacinação, Sala de Tratamentos, Consulta Diabetes, Consulta Hipocoagulação, Vigilância de Saúde/Doença)
- ◯ Dependente (Cuidados domiciliários; inclui cuidador principal)

4. Sexo

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

5. Idade

_____

6. Estado Civil

_____

7. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Iletrado
- ◯ Até 4 anos de Escolaridade
- ◯ Entre 4 e 12 anos de Escolaridade
- ◯ Ensino Superior

8. Situação perante o Trabalho

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Desempregado
- ◯ Estudante
- ◯ Part-time/ trabalho a tempo parcial
- ◯ Trabalhador por conta de outrem
- ◯ Trabalhador Independente
- ◯ Aposentado

9. Utilização Simultânea de Subsistema de Saúde (Ex: ADSE, Seguros Saúde Privados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Avaliação da Organização

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais

10. Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

11. Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

12. Os Profissionais desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais

13. Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

14. Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

15. A gestão desta Organização é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

16. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O3 - Valor percebido da Organização

17. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

18. No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

19. Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas (custos/prejuizos).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O4 -Aspetos de duração e custos da visita

20. Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

21. Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

22. Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização

23. A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

24. Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

25. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O6 – Recomendações

26. Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

27. Recomendaria esta Organização a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

28. Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem

29. Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

30. Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

31. Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem

32. Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

33. Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

34. A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

35. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem

36. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

37. No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

38. Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E4 -Aspetos de duração e custos da visita

39. Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

40. Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

41. Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem

42. A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

43. Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

44. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E6 – Recomendações

45. Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

46. Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

47. Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Melhorando a Sua perceção

O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Organização e Consulta de Enfermagem

Anexo 6

Modelo do Consentimento Informado - modelo em papel

Consentimento Informado

Cópia para o Utente

1/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem.

Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente.

Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas.

Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes.

Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieiramail.com

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

Consentimento Informado

Cópia para o Enfermeiro de Família

2/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem.

Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente.

Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas.

Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes.

Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieiramail.com

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

Anexo 7

Modelo do Consentimento Informado - modelo digital

Perceção do Cliente sobre Organizações de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem

Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde e Consulta de Enfermagem

*Obrigatório

1. Prezado Utente. Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação sobre a perceção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários sobre as Organizações e as Consultas de Enfermagem, um questionário adaptado do original "Evaluation System for Patient´s Assessment of Helath Services" de Pevec e Pisnick (2017). Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente. Se aceitar participar neste estudo, solicita-se que responda a todas as questões, tendo sempre como premissas que não há respostas certas ou erradas. A sua opinião verdadeira e sincera será sempre a melhor das respostas. Os dados que obtiver deste questionário serão englobados numa amostra, nunca de forma individual, e garantindo a total confidencialidade dos participantes. Por ser de participação voluntária, apelo à generosidade da sua participação, agradecendo-a desde já. Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Sim, aceito participar no Estudo.
   - ◯ Não, não pretendo participar no Estudo.

Anexo 8

Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Curso ESEnfC - 100036 VII Mestrado Enfermagem
Ano Lectivo 2018/2019
Periodo Lectivo 3º Semestre
Tipo de Inscrição Normal
Disciplina **Dissertação/Trabalho de Projeto/Estágio com Relatório**
Inscricoes Curriculares
Área de Especialização em Gestão de Unidade de Cuidados

Distribuição de Estudantes /Professores Orientadores nas UCs de Dissertação/ Trabalho de Projeto/Estágio com Relatório

Nº de Aluno	Nome	Professor Orientador
21836003	Ana Catarina Pais da Cunha Almeida Matos	Professora Doutora Rosa Melo
21836010	Ana Paula da Costa Pita	Professora Doutor Paulo Queirós
21836012	Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira	Professora Doutora Amélia Castilho
21836005	Camila Beatriz Ferreira Diorio	Professor Doutor Alfredo Lourenço
21836011	Carlos Jorge Magalhaes de Jesus	Professora Doutora Manuela Frederico
21836008	Joana Mota da Silva	Professor Doutor Alfredo Lourenço
21836009	Júlia Maria Avelar dos Santos	Professor Doutor António Amaral
21836002	Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros	Professor Doutor António Manuel
21836001	Liliane Lima Campos do Vale	Professora Doutora Anabela Salgueiro
21836007	Maria Licínia Coelho Carvalheiro	Professor Doutor Manuela Frederico
21836013	Mónica Maia de Loureiro Bénard da Costa Palha	Professor Doutor João Graveto
21836004	Paula Alexandra Esteves	Professor Doutor António Manuel
21836015	Sofia Milene de Oliveira Ferreira	Professora Doutora Rosa Melo

ESEnfC,26/04/2019

O Coordenador de Curso,

Professor Doutor Paulo Queirós

Declaração do Orientador Científico/Pedagógico

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Doutorada em Ciências de Enfermagem, declara que é orientadora do projeto de investigação com o tema "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", que a

mestranda Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira está a realizar. O referido trabalho de investigação é realizado no âmbito da Unidade curricular "Dissertação", do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que a mestranda frequenta.

A Mestranda revela empenhamento, rigor, capacidade analítica, honestidade intelectual e um grande sentido de responsabilidade, caraterísticas essenciais na concretização do projeto em curso. Comprometemo-nos a respeitar os princípios éticos da investigação, nomeadamente a solicitar a colaboração voluntária dos participantes. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão alvo de análise agregada, garantindo-se a preservação do bom nome da instituição. Esta será mencionada, apenas se necessário, no relatório final como um dos locais de recolha de dados.

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de orientadora da Investigação, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Grata pela vossa colaboração e disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Coimbra, 31 de agosto de 2021

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Amelia Filomena O. Mendes Castilho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Síntese curricular

Coimbra, 2021

I – DADOS BIOGRÁFICOS

Nome completo: Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Categoria Profissional: Professor Adjunto

Unidade Científico-Pedagógica: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Data de nascimento: 16 de abril de 1961

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Freguesia da Sé Nova, Concelho de Coimbra

Número de Identificação Civil: 4419524

Estado Civil: Casada

Morada: Rua do Norte, n.º 5, Pocariça 3060-503

Mail: afilomena@esenfc.pt

Ciência id: 8912-6E37-3127

Nº ORCID : 0000-0002-4420-8861

Morada Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto - Apartado 7001 3046-851 Coimbra, Portugal

Telefone: 239 802 850/ 239487200

QUALIFICAÇÃO ACADÉMICA

- **Doutoramento em Ciências de enfermagem**, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2015.
- **Título de Especialista em Enfermagem** ao abrigo do Decreto-lei nº 206/2009, obtido em 31 de agosto, em 2012.
- **Mestrado em Gestão e Economia da Saúde**, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1999
- **Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico cirurgica**, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (1991) e Termo de equivalência a Licenciatura em Enfermagem.
- **Curso de Enfermagem Geral,** pela escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (1981) e Termo de equivalência a Bacharelato em Enfermagem

ÁREA DE ATIVIDADE CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA

Possui 20 anos de experiência docente na Carreira do Ensino Superior politécnico no Ensino Superior.

ATIVIDADES ANTERIORES E SITUAÇÃO ATUAL

Período	Cargo, categoria ou atividade	Instituição
Desde 01-9-2009	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na Unidade Cientifico-Pedagógica de Enfermagem Médico Cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
01-9-2001 a 01-9-2008	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área científica de Gestão em Enfermagem	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
21-12-2000 a 01-9-2001	Professor Adjunto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área científica de Enfermagem Médico Cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
01-9-1996 a 31-12-2000	Enfermeira Especialista, a exercer funções na área científica de enfermagem médico-cirúrgica	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
02-9-1981 a 31-8-1996	Enfermeira, Enfermeira Graduada e Enfermeira Especialista	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. Cantanhede

Iniciou a atividade docente como Enfermeira Especialista requisitada em 1996, na área científica de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Iniciou funções como Professora Adjunta em 2000. Integrou diversos departamentos ou unidades científico-pedagógicas da Escola, nomeadamente a área científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica (até 2001); a área científica de Gestão em Enfermagem (até 2006); a área científica de Fundamentos de Enfermagem (até 2008) e, desde 2009, integra a novamente a área científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo da sua atividade docente teve oportunidade de lecionar em múltiplas unidade curriculares e orientar estudantes em ensino clínico de contextos muito diversificados, nomeadamente no Curso de Licenciatura em Enfermagem, nos Cursos de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Cursos de Pós-licenciatura de Especialização e Mestrado noutras áreas de enfermagem, no Curso de Pós-graduação em Gestão dos Serviços de Saúde e no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

LECIONAÇÃO DE UNIDADES CURRICULARES

Desde 2000, como Professora Adjunta, assumiu a responsabilidade e lecionação de diversas unidades curriculares. Nestas unidades lecionou aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais, orientou estudantes em seminários e ensino clínico. Participou na elaboração dos respetivos programas, desenvolveu os conteúdos, orientou e avaliou os estudantes, selecionou bibliografia, concebeu e elaborou material didático, que disponibilizou aos estudantes.

Referem-se as Unidades Curriculares e os Cursos em que participou no ano letivo 2020-2021:

Curso de licenciatura em enfermagem

- *Integração à Vida Profissional* - turma D, no 4º Ano;
- *Gestão em Enfermagem* - turma B e turma K, no 4º Ano;
- EC da área opcional - 8º semestre (reformulação em situação de excecionalidade)

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- *Gestão para a Prática Especializada*
- *Enfermagem em Situações de Urgência*
- *Estágio de Cuidados Intensivos*
- *Projeto de Investigação*
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

- *Estágio de Opção* **Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Março**
- *Metodologias de Investigação em Enfermagem*
- *Gestão para a Prática Especializada*
- *Enfermagem em Situações de Urgência I*
- *Estágio de Cuidados Intensivos*
- *Projeto de Investigação*
- *Dissertação*

Mestrado em Enfermagem

• *Estágio de Gestão*

- *Dissertação*

ORIENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO CONCLUÍDAS

1. "Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017
2. "Eventos adversos percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017.
3. "Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2017.
4. "Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2016.
5. "Satisfação profissional e ocorrência de eventos adversos na prática de enfermagem". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2016.
6. Adesão e perceção dos enfermeiros face às precauções padrão. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2015
7. "Cultura de segurança e a adoção da lista de verificação no BO". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2014
8. "Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do Enfermeiro". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC. 2014.
9. "O cuidado de Enfermagem nas Flebites". Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. ESEnfC.

10. “Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação”. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. 2011. ESEnfC.
11. “Prevenção da Infeção Hospitalar: atitudes e comportamentos dos enfermeiros num serviço de urgência”. Dissertação de Mestrado do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. 2011. ESEnfC.

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTA CIENTÍFICA

Revista Científica (A)

1) Mota, A. S. C., & **Castilho**, A. F. O. M. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(21), 67–78. https://doi.org/10.12707/RIV19012
   [Indexações: SciELO, Web of Science, redalyc.org]
   Fator de impacto em 11/12/2019: 0.20
2) **Castilho,** A.F.O.M.; Parreira, P.M.D.S.; Martins, M.M.F.P. F (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. RIASE online. Agosto:2 (2): 600-618.
   DOI:http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2)
   (Revista indexada: DOAJ| Directory of Open Access Journals; BNP; Thomson Reuters; H-Index 1).

3) Parreira, P; Lopes, A., Salgueiro, A; Carvalho, C.; **Castilho**, A.; …& Fonseca, C- Quinn’s (2015)- Leadership Roles: A Confirmatory Factor Analysis Studyin Portuguese Health Services. RIASE *revista ibero-americana de salud y envejecimiento.* 1 (2): 178 - 202. (Revista indexada: DOAJ| Directory of Open Access Journals; BNP; Thomson Reuters; H-Index 1).

4) Parreira, P; Lopes, A.,Pererira, F. Carvalho, C.; Salgueiro, A; **Castilho**, A.; …& Paz, E (The Organisational Effectiveness Quinn’s competing Values Framework: The perception of Portuguese managers. SYLWAN, 158 (x) English Edition. (1-20). ISI Indexed.

Revista Científica (B)

1) Correia, A.R.M.; Portela, C. P. M.; Chão, M. A.S.L.; **Castilho**, A.F.O.M. (2019)-

Prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em doentes de cuidados intensivos: Adesão dos profissionais às práticas recomendadas. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 27. II Série (23-36). ISSN: 2182-9764.
(registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)).

2) **Castilho,** A.F.O.M.; Parreira, P.M.D.; Martins, M.M.F.P (2014) - Liderança em enfermagem e segurança dos doentes. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 9. II Série (81-89). (registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)
3) **Castilho,** A..; Parreira, P. (2012)- Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem. 1 (2ª série) Agosto:59-73. ISSN: 0874-7695. (registada no LATINDE X; Classificada na QUALIS (B3)

ARTIGOS EM ATA DE CONFERÊNCIA

1) Teixeira, C.; **Castilho, A.;** Batista, R. (2020). Simulación Y Liderazgo em la educacion de enfermeria. International Congress Research Innovation Developement in Nursing 2019. ROL, Revista de Enfermería. Vol 43 (1): 43-4.

2) Salgueiro-Oliveira, A., Vaquinhas, M., Melo, R., Graveto, J., **Castilho, A.,** Gomes, J. (2016). Evaluation scale of patient satisfaction with nursing care: Psychometric properties evaluation. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress: S1 Health literacy and health education in adolescence, 2016. BMC Health Services Research, 16(3), 8. doi: 10.1186/s12913-016-1423-5

3) **Castilho**, A., Graveto, J., Parreira, P., Oliveira, A., Gomes, J., Melo, R., Vaquinhas, M. (2016). Motivation of college students toward Entrepreneurship: The influence of social and economic instability. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress : S1 Health literacy and health education in adolescence, 2016. *BMC Health Services Research, 16 (Suppl 3): O225, p 114.* doi: 10.1186/s12913-016-1423-5.

4) Gomes, J., Melo, R., Parreira, P., Oliveira, A., Graveto, J., Vaquinhas, M., **Castilho, A.** (2016). Entrepreneurial skills of students of polytechnic higher education in Portugal: Business influences. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress : S1 Health literacy

and health education in adolescence, 2016. *BMC Health Services Research, 16 (Suppl 3): P32, p 41.* doi: 10.1186/s12913-016-1423-5. [IF JCR® 2016- 1,827;

5) Gomes, J., Melo, R. ; Parreira, P.; Graveto, J., Vaquinhas, M., **Castilho,** A (2016). Analysis of the entrepreneurial profile of students attending higher education in Portugal: the Carland Entrepreneurship Index application. Meeting abstrats: Procedings of the 3rd IP Leiria International Health congress. BMC Health Services Research,16 (3), p112-113. doi 10.1186/s12913-016-1423-5

6) Parreira, P.; Salgueiro-Oliveira,A.; **Castilho**,A.; Melo, R.; Graveto, J.; Gomes, J. Vaquinhas,M.; Carvalho, C.; Mónico, L. Brito, N. (2016). Entrepreneurial Motivations Questionnaire: AFC and CFA in academy. 3rd IPLeiria's International Health Congress - BMC Health Services Research , Número: 16(3), London, p31.doi 10.1186/s12913-016-1423-5

7) Parreira PM, Salgueiro A, **Castilho A,** Arreguy-Sena C, Oliveira D, Carvalho C, et al.. Social representation about entrepreneurship in high education: an empirical study about the acquisition of entrepreneurial skills with portuguese nursing students / Representación social sobre emprendimiento en el alta educación: un estudio empírico. International Journal of Integrated Care. 2015;15(8):None. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.2421

8) Gonçalves; M.A. R.; Reis, S. C. D.; Ledo, D.R.M.; Castilho, A. F. M.; Ferreira, A. J.S. (2015) - Dotações de enfermeiros e incidência de quedas. *Revista referência Suplemento ao nº4 - Série IV, P57. ISSNe: 2182.2883; ISSNp:0874.0283.*

9) Mota, A S C.; Castilho, A. F. O. M. (2015)- Segurança do doente no bloco operatório: contributo da lista de verificação de segurança cirúrgica. *Revista referência Suplemento ao nº4 - Série IV, P38. ISSNe: 2182.2883; ISSNp:0874.0283.*

LIVROS OU CAPÍTULOS DE LIVROS

Co-autor em capítulos de livros

1) Parreira, P., Mónico, L., Sousa, l.B., **Castilho, A.,** Carvalho, C. & Salgueiro-Oliveira, A. (2018). *Formação em empreendedorismo e desenvolvimento de competências empreendedoras dos estudantes do Ensino Superior*. **(capitulo 3).** In As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a

Educação para o Empreendedorismo. Eds. Pedro Parreira, Teresa Paiva; Leopoldina Alves; Jorge Humberto Sampaio. PIN. IP Guarda. ISBN: 978-972-8681-75-3 23.

2) Sousa, L.B., Mónico, L., **Castilho, A.** & Parreira, P. (2018). *Triple Helix* **(capítulo 6)** In. As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a Educação para o Empreendedorismo. Eds. Pedro Parreira, Teresa Paiva; Leopoldina Alves; Jorge Humberto Sampaio. PIN. IP Guarda. ISBN:978-972-8681-75-3.

3) Castilho, A., Salgueiro, A. & Parreira, P. (2018). *Representações Sociais do Empreendedorismo: Revisão integrativa da literatura entre 2007-2017* **(capitulo 3)** In: Análise das Representações Sociais e do Impacto da Aquisição de Competências em Empreendedorismo nos Estudantes do Ensino Superior Politécnico. Eds. Pedro Parreira, Jorge Humberto Sampaio, Lisete Mónico, Teresa Paiva; Leopoldina Alves. PIN. IP Guarda. ISBN: 978-972-8681-76-0

4) Augusto, I.C.C.M.F.R.; **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - O Cuidado de Enfermagem na Prevenção das Flebites. in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 293-296

5) Pereira, A.S.S.& **Castilho**, A.F.O.M. (2016) - Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do enfermeiro. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: p 407-410

6) Teodósio, E.M.S.R.F.T. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016). Adesão e Perceção dos Enfermeiros Face às Precauções Padrão in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 431-435

7) Geraldo, G.A.S.G. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Eventos adversos associados às intervenções dos enfermeiros na preparação e administração de medicação em unidades cirúrgicas. in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 439-442

8) Pedreira, M.F.R. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 443-446

9) Mota, A.N.S. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Cultura de Segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: perceção dos profissionais do bloco operatório in J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 481-485

10) Gonçalves, S. M.F. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016). Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 497-500

11) Pedreira, M.F.R. & **Castilho,** A.F.O.M. (2016) - Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos. in: J. Martins, I. Moreira; I. Fernandes. S, A. Castilho; M. Cerejo, …V. Coutinho (Eds.). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. P: 443-446

Coordenação de Livros

1) Martins, J; Moreira, I.; Fernandes, I.; **Castilho, A**.; Cerejo, M …Coutinho, V. (coordenação) (2016). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 5 anos, 100 dissertações, ISBN: 978-989-99556-0-8. Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2) Parreira, P.; Melo, R.; **Castilho, A.;** Vieira, R.; Amaral, A (Coord. Científica) (2012). Gestão das organizações de saúde. Série monográfica educação e investigação em saúde, 3, UICISA_E, ESEnfC. Portugal ISBN 978-989-97031-3-1.

3) Parreira, P.; Melo, R.; **Castilho, A.;** Vieira, R.; Amaral, A (Coord. Científica) (2012). Processos de mudança em organizações de saúde. Série monográfica educação e investigação em saúde, 4, UICISA-E, ESEnfC. Portugal ISBN 978-989-97031-3-1.

REVISOR EM REVISTAS CIENTÍFICAS

1- Journal of Nursing Management (desde 2014)

2- revista RIASE (2016)

3- revista "BMC - BioMedical Central do "BMC Health Services Research" (2019)

4- revista Referência

PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS de I&D

É membro da unidade de investigação da ESEnfC. Enquanto investigadora, é responsável por um projeto estruturante da UICISA-E e faz parte da equipa de outros projetos estruturantes. Integra a equipa de investigação de vários projetos, com e sem financiamento externo

- É Responsável pelo projeto estruturante da UICISA **"Práticas profissionais e ambientes de cuidados seguros",** inscrito na linha de investigação Sistemas e Organizações de Saúde, da UICISA, desde 2014.
- **Responsável pelo projeto de investigação "**Segurança do doente: Estudo multicêntrico para avaliação do risco associado às práticas de enfermagem"
- Responsável pelo estudo de investigação "Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para uma estratégia de gestão da segurança".

INTEGRA A EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO DOS SEGUINTES PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO:

- **Projeto "PIN Poli Entrepreneurship Innovation Network",** com início em 2016 e términus em 2018.
- Projeto **SimuCarePro-CRM -** La simulation en santé et la gestion des ressources de crise pour augmenter l'efficacité des équipes pluridisciplinaires en formation initiale. Duração: 2018-2020.
- **Projeto "Modelo interprofissional para a função do enfermeiro no cuidado farmacêutico" (DeMoPhaC).** 2018- 2022
- Projeto estruturante **"A Pessoa com Doença Aguda e Crónica"**
- Projeto estruturante **A pessoa em situação crítica**
- Projeto estruturante **"A pessoa em fim de vida"**

- **Segurança do Doente no Bloco Operatório: contributos da liderança em enfermagem e do ambiente da prática de cuidados**
- **Projeto Poliempreende** Estudo associado no projeto Estudos e Práticas empreendedoras, da linha de Investigação Organizações e sistemas de saúde da UICISA-E, desde 2012.

Outra Experiência Profissional Relevante

- Membro do Gabinete de Empreendedorismo da ESENFC, desde 2007.
- Membro do Conselho Científico desde 2014 - Secretária do Conselho Técnico Científico (2014-2018) e membro da Comissão Permanente desde 2019
- Presidente do Júri de Creditação de Formação Anterior para Obtenção de Grau Académico desde julho de 2020
- Membro do júri de concurso de acesso à licenciatura para maiores de 23 anos para o ano letivo 2013/2014, 2014/2015 e 2015/2016
- Autora e co-autora em dezenas de comunicações orais (por convite ou livres) e pósteres
- Membro de comissões científicas e organizadoras de múltiplos eventos científicos

Anexo 9

Declaração e CV Sumário do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Compromisso Proteção dos Dados

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", declaro que protegerei todos os dados colhidos no âmbito deste trabalho, mas também que serão tratados de forma sigilosa, não comprometendo em nenhuma etapa a confidencialidade dos participantes; tal como plasmado na Declaração de Helsínquia (atualizada em Fortaleza 2013), da OMS e Comunidade Europeia – Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e outros diplomas aplicáveis (Leis números 58 e 59 de 8 de Agosto de 2019).

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Anexo 10

Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do projecto " **Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem",** no **ACES Lisboa Norte** sob a responsabilidade da Srª Enfª Ana Teresa Vieira, tendo como orientadora Profª Doutora Amélia Castilho.

Dr. João Ramires
Presidente do C. Clínico e da Saúde
ACES Lisboa Norte

12/7/2021

Dra. Eunice Carrapiço

Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

Data

Envia para o Núcleo de Investigação do ACES (Prof. Bruno Heleno). Concordo com o estudo. (12/7/2021)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte,

Dra. Eunice Carrapiço

Sou Enfermeira Especialista na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Norte e encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área da Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a Orientação da Sra. Professora Doutora Amélia Castilho.

O projeto de investigação é intitulado: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem". Anexo breve apresentação do Projeto.

A População-alvo será constituída pelos utilizadores das várias Consultas de Enfermagem (Saúde Infantil 0-11 meses e 12-24 meses; Saúde Infanto-Juvenil 3-18 anos; Saúde da Mulher; saúde do adulto/idoso e Pessoas Dependentes/Cuidadores) de três Unidades Funcionais diferentes: UCSP e USF Modelo A e B.

Aos participantes solicita-se preenchimento do questionário (em anexo) de forma livre e anónima. Os questionários serão entregues pelos Enfermeiros aos participantes após recolha do Consentimento Informado. A cada participante será fornecido, caso não tenha, uma esferográfica. Há possibilidade de preenchimento do questionário de forma desmaterializada (google forms), se for essa a opção do utente. Nesta situação será solicitado endereço de e-mail e enviado pelo Enfermeiro o link para preenchimento.

Declaro que respeitarei a livre vontade à participação dos utentes, bem como todos os princípios éticos e de confidencialidade e proteção dos dados colhidos no âmbito deste trabalho.

Pretendo colher a Sua autorização para desenvolver a investigação no ACES Lisboa Norte, se considerar estarem reunidas condições logísticas, humanas e éticas nas Unidades de Saúde Familiares Parque e Benfica-Jardim e USCP de Sete Rios.

Estou disponível para os esclarecimentos adicionais que considere necessários.

Atenciosamente

Enfermeira Especialista Ana Teresa Vieira – enfteresavieira@gmail.com – 965163445.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

REGISTO N.º 2096

DATA 07-07-2021

Anexo 11

Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Declaração de Compromisso de Propriedade dos Dados e Publicação

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora no Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", declaro que os dados apurados no âmbito da investigação são da minha propriedade (autorização também apurada pelos autores do instrumento de colheita de dados original) e me comprometo a tratar os dados recolhidos neste âmbito, divulgando-os através de comunicações e/ou publicação escrita.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Anexo 12

Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

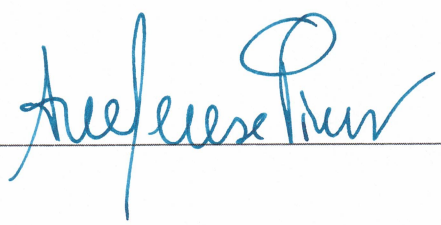
Declaração de Compromisso de Entrega do Relatório Final da Investigação

Eu, Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira, Enfermeira e Investigadora do Projeto: "Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem", comprometo-me a entregar à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P. o Relatório Final da Investigação e, se aplicável, os relatórios de evolução da Investigação desenvolvida anualmente.

Declaro estar informada quanto à possibilidade de notificação por parte da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P. perante o não cumprimento do anteriormente descrito.

A Investigadora

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira



Protocolo para Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

1

Título do trabalho:

"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"

Investigadora:

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

Contacto móvel: 965163445

Endereço eletrónico: enfteresavieira@gmail.com

Orientador Pedagógico:

Professora Doutora Amélia Castilho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CV Investigador Formato Curto:

Anexo 1

Introdução: justificação, questão de investigação, enquadramento teórico

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito competitivo, fruto do maior controlo das práticas, metodologias de controlo de qualidade, mas também abertura do setor ao privado em algumas áreas com interesse económico, apoiadas por participações de subsistemas ou seguros que minimizam o impacto económico para o utilizador, pela escolha de serviços tecnicamente mais diferenciados.

Desde a criação do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) alteraram-se substancialmente, passaram por quatro grandes reformas (Costa et al., 2013) e uma infinidade de outras locais (O. Santos et al., 2007), o que conferiu a cada Unidade Funcional um carácter único, uma identidade, que marca ainda hoje a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os *stakeholders*. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no seu setor, no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

Tal como noutras organizações, inseridas num ambiente cada vez mais exigente do ponto de vista do desempenho e centradas na melhoria da qualidade, a auscultação das perceções dos clientes acerca dos serviços e profissionais é essencial para o ajustar às expectativas. Só dessa forma é possível perceber o que valorizam, o que motiva o seu compromisso para com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os *outputs* de desempenho organizacional. Não menos importante, a compreensão do cliente sobre as várias faces dos serviços e prestadores de cuidados, permite alicerçar estratégias de acompanhamento, vigilância e potenciação de comportamentos promotores de saúde, que se traduzam em ganhos efetivos de qualidade e tempo de vida, num palco especialmente estratégico – pela intervenção em proximidade - como o dos CSP.

Visando a compreensão da perceção dos clientes sobre as organizações em CSP, foi adaptado um instrumento de colheita de dados: "*Sistem for Patient´s Assessment of Health Services*" (PEVEC&PISNIK, 2017); que permite avaliar as perceções sobre a qualidade, reputação, valor, oferta assistencial/custos, satisfação e recomendação

acerca das Organizações e Consultas de Enfermagem. Este Questionário de Avaliação das Organizações de Saúde (QAOS) será aplicado em três organizações de CSP que prestam serviços semelhantes (USF modelo A e B e UCSP), com diferenças na organização interna, procurando analisar se a organização interna está associada diferenças na perceção dos clientes, no que respeita à organização e consultas de enfermagem.

Não menos importante, com a realização deste estudo, pretende-se clarificar se existem preditores da lealdade para com as organizações e consultas de enfermagem, que possam fundamentar estratégias individuais (dos profissionais) e organizacionais que fomentem comportamentos de adesão pelos clientes.

Da revisão do estado da arte é percetível alguma preocupação nas áreas da qualidade e satisfação dos clientes de serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares e prestadores privados. Existem poucos estudos, que visem mais do que uma das 5 áreas que se pretendem estudar (qualidade, reputação, valor, custos e recomendação/lealdade). A presente investigação permitirá obter uma visão mais global, tendo em consideração as caraterísticas do utilizador e do tipo de consulta/organização frequentada.

A reputação e lealdade do cliente são variáveis amplamente estudadas por áreas comerciais, turismo, marketing, etc; que têm visto as publicações na área da saúde ampliarem nos últimos anos; especialmente em países orientais, onde os sistemas de saúde são pautados por uma grande diversidade de prestadores de serviços/ofertas assistenciais e as escolhas dos clientes determinam a viabilidade dos negócios.

O valor associado à saúde é uma variável bastante complexa, que não se pode traduzir unicamente pela qualidade e custo dos serviços prestados. Características intrínsecas ao mercado da saúde enquanto setor, como a imprevisibilidade do resultado, custos elevados de difícil interpretação pelo cliente, tornam a perceção de valor difícil de avaliar. No entanto, na saúde, como nos restantes setores, agregar valor à atividade é condição essencial à sua continuidade. No caso da saúde, o valor das intervenções tem implicações éticas, deontológicas, morais, sociais e económicas especialmente sensíveis, por terem como matéria de intervenção a pessoa humana e a sua saúde cujo valor intrínseco é inestimável.

Objetivos do trabalho:

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;
- Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;
- Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Questão de Investigação

Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Hipóteses

Todos os trabalhos de investigação devem ter início numa inquietação, dúvida, ou necessidade de substanciar em dados objetivos algum conceito ou perceção, com implicações práticas. Os clientes são os melhores juízes das experiências de cuidados, mas a avaliação da qualidade e recomendação clínica suscita dúvidas quanto à adequação e precisão das avaliações (Mold et al., 2012).

De pouco serve investigar, se os resultados não forem voltados para a prática, introduzam formas de pensar diferentes, inovação, maior eficácia ou eficiência organizacional ou pessoal. Tendo emergindo da prática profissional enquanto enfermeira em CSP, definem-se as seguintes hipóteses de estudo:

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada.

H4 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 - A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

Tipo de Estudo

Este trabalho de investigação pode caracterizar-se como quantitativo, descritivo – correlacional e transversal.

População/ Amostra

A população alvo deste estudo são os utilizadores da consulta de enfermagem de três Unidades de Cuidados de Saúde Primários do ACES Lisboa Norte. De acordo com a plataforma BI_CSP os utentes inscritos nas três unidades em 2021 são 114 078 (Unidade modelo A - 16.050 (14%); Unidade modelo B - 17.707 (16%); UCSP - 80 321) (70%)).

Considerando que a população alvo de 114 078 utentes inscritos nas unidades de cuidados corresponde a utentes inscritos em consultas de enfermagem, com um erro amostral de 5%, foi calculada uma dimensão previsível da amostra de 399 utilizadores.

Assim, previmos incluir na amostra 56 utentes na Unidade modelo A; 64 utentes na unidade modelo B e 280 utentes na UCSP.

Tendo em consideração a diferenciação dos utentes que procuram as diferentes consultas de enfermagem em CSP, optamos por uma amostragem por clusters.

A amostra será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos).

Definem-se como **critérios de inclusão** todos os utentes frequentadores da consulta de enfermagem nas Unidades em que decorre o estudo, que voluntariamente aceitem participar nele. Os menores de 18 anos e utentes dependentes serão representados, neste estudo, pelos seus pais, representantes legais ou cuidadores presentes no momento da consulta de enfermagem.

Garante-se o acesso a utentes que não saibam ler/escrever ou sejam invisuais, logo que acompanhados por quem os represente e faculte a leitura do questionário, desde que este manifeste vontade expressa de participação no estudo.

Define-se como **critério de exclusão**, os utentes que não sejam utilizadores de consulta de enfermagem.

Na seleção dos participantes, utilizaremos uma **amostragem por clusters de tipologia de consulta,** em que serão **convidados a participar todos os utentes** que utilizem as consultas de enfermagem. Serão incluídos todos os utentes que acidentalmente procurem as consultas de até obtenção no nº adequado em cada cluster, num previsível horizonte temporal de 3 meses desde o início da colheita de dados.

Procedimentos Formais e Éticos

Neste estudo procurar-se-á cumprir todos os procedimentos éticos e legais por forma a respeitar os direitos dos utentes e a sua participação livre e voluntária, bem como garantir a possibilidade de utilização futura dos dados para desenvolvimento da investigação ou divulgação dos resultados como ferramentas de gestão.

Foi solicitada e obtida autorização dos autores do Instrumento de colheita de dados. (anexo 2).

Foram solicitadas e obtidas autorizações do ACES Lisboa Norte, nomeadamente da Sra. Diretora Executiva, dos Coordenadores das três Unidades Funcionais e respetivos Enfermeiros "Elos de Ligação", que são os representantes das equipas de enfermagem em cada Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia.

A participação dos utentes decorrerá de forma livre e voluntária.

É garantida a igualdade de oportunidade na participação de todos os utilizadores da consulta de enfermagem nas três Unidades Funcionais onde decorre o estudo, que cumpram os critérios de inclusão.

Na solicitação de participação no estudo é explicitado ao utente o objetivo do estudo e solicitado o consentimento informado (anexo 7). No caso dos utentes que **não saibam ler/escrever** ou sejam **invisuais**, o questionário deverá ser lido por quem acompanha o utente (pessoa externa à organização) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na

presença do enfermeiro que lhe faculta o questionário, ou rúbrica de quem lê e preenche o questionário, mandatado.

Os questionários serão entregues depois de obtido o consentimento informado por parte do utente e deverão ser colocados pelo utente em urna opaca, disponível em local de fácil acesso, identificado pelo Elo de Ligação como sendo o mais conveniente. A urna é selada (autocolante de selo) pela investigadora, de forma a evitar acesso acidental ou indevido à informação dos participantes. Semanalmente, ou sempre que cheia, a urna é aberta pela investigadora, colhidos os questionários para envelope opaco de transporte e novamente selada a urna. Os consentimentos deverão ficar arquivados em pasta própria, opaca e com fecho (que fica ao cuidado do elo de ligação), onde estão os conjuntos consentimentos-questionários ainda não utilizados, num separador próprio.

Não expectável que a participação acarrete qualquer **risco** para os participantes, sendo garantida a participação voluntária, não remunerada e que poderá ser interrompida, se o participante assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde. Serão considerados todos os questionários recolhidos na urna.

Dado o questionário ter 4 partes, é possível o tratamento parcelar de informação. A "não resposta" a alguma questão, ou parte do questionário, não inviabiliza a utilização da informação colhida, restringe apenas a amostragem nessa questão/parte do questionário. Serão excluídos os questionários que tenham menos de 50% de respostas.

É dada a oportunidade de responder online ao questionário. Nesse caso é enviado um link ao utilizador das consultas de enfermagem via e-mail. No caso dos questionários desmaterializados, a colheita de dados só é possível após validação do consentimento informado. Os questionários preenchidos serão enviados de forma anónima para um endereço eletrónico, através do modelo *google forms* (anexo 6).

Os dados recolhidos serão analisados de forma agregada, nunca de forma individual, garantindo a confidencialidade dos participantes.

Os questionários e consentimentos informados serão guardados em espaço privado da investigadora por um período não inferior a dois anos após entrega do trabalho de dissertação de mestrado, permitindo acesso aos dados originais, se necessário ou solicitado. Terminado este período, serão destruídos.

Nenhum questionário pode ser preenchido sem autorização prévia, através da validação do consentimento informado. Este procedimento assume o consentimento da utilização anónima e voluntária dos dados, esclarecendo ao sujeito as questões da confidencialidade, anonimato e proteção contra o desconforto e prejuízo, indicando e explicitando o método de recolha, bem como o assegurar de um tratamento justo e leal, cumprindo o compromisso assumido com o próprio sujeito na entrega/envio do questionário.

Recursos necessários:

Para a realização deste trabalho de investigação serão necessárias impressões dos questionários, canetas para distribuir a cada um dos participantes que aceitem participar, caixas de armazenamento dos questionários/consentimentos, envelopes de transporte e selos de urna.

Declaro que assumirei todas as despesas inerentes à distribuição/recolha dos questionários, impressões e equipamentos de armazenamento e preenchimento dos mesmos.

Cronograma:

Atividades	Meses 2021							2022		
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Pedidos autorização à Dir. Executiva ACES										
Pedidos autorização à CES										
Pedidos de autorização aos Coordenadores e Enf. Chefes ou Funções Chefia das Unidades										
Colheita de dados										
Tratamento de dados										
Entrega da Dissertação de Mestrado										

Declaração do responsável da Unidade para a realização do Estudo:

Anexo 3

2

Escalas/ Questionário

O questionário pode ser entregue em formato físico, papel, depois de obtida autorização verbal pelos participantes (anexo 7). Os Consentimentos Informados (CI) – CI1 - entregue ao Enfermeiro e o CI2 – de igual conteúdo, que fica na propriedade do participante. Devido à situação pandémica foi informalmente solicitada uma versão desmaterializada, consistindo num formulário *google forms* enviado por mail para os interessados pelo Enfermeiro de Família ou outro, que contacte com o cliente em âmbito de consulta de enfermagem numa das Unidades Funcionais em que se desenvolve o estudo, após entrega dos CIs.

Com este trabalho pretende-se a Avaliação da Organização, Avaliação das Consultas de Enfermagem e sugestões de melhoria em ambas. Para tal é aplicado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec&Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), intitulado "Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services" traduzido e culturalmente adaptado pelo modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter-cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19). Sugere que o *European Group on Halth Outcomes* (ERGHO) como fonte de conceitos com equivalência cultural comprovada.

Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.

Ferreira e Marques sugerem que a uma primeira tradução dupla da língua original para a que se pretende realizar a nova versão. Neste caso, indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, é conduzida a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é a original do instrumento de colheita de dados, para que faça a retroversão linguística. Esta é comparada ao original, são introduzidos os ajustes, usando os conceitos listados no ERGHO procurando garantias

de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (1998, p.21).

Remetem-se para o anexo 4 as etapas de conciliação entre traduções anteriormente mencionadas, até obtenção da versão final do QAOS e os modelos do questionário em papel - anexo 5 e modelo digital – anexo 6.

O questionário tem 4 partes: a primeira – o consentimento informado, a segunda - variáveis de caracterização da amostra e variáveis independentes (Unidade Funcional, tipologia da consulta de enfermagem e utilização simultânea de subsistemas de saúde); a terceira – QAOS – versão Organizacional e quarta – QAOS – versão Consulta de Enfermagem, tal como são possíveis consultar nos anexos 5 a 7.

O QAOS é constituído por 19 itens, cada um com resposta por escala de 1 a 7, e permite avaliar seis dimensões organizacionais: O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais; O2 - Reputação Geral da Organização e dos Profissionais; O3 - Valor percebido da Organização; O4 – Aspetos da Organização e custos da visita; O5 - Satisfação com o tratamento na Organização; O6 – Recomendações.

A **quarta parte** diz respeito ao Questionário de Avaliação das Consultas de Enfermagem. Este questionário é uma adaptação do questionário de Avaliação das Organizações de Saúde, transposto às Consultas de Enfermagem.

Os dados colhidos pelos questionários, independentemente de serem em papel ou desmaterializados, serão tratados através do programa SPSS, versão 20.

3

Modelo do Consentimento Informado

Anexos 7 (modelo em papel em duplicado, um para arquivo e outro para o utente) e Anexo 6 (modelo digital).

Não é expectável que a participação neste projeto de investigação acarrete danos (físicos, morais, psicológicos ou emocionais) aos utentes ou Elos de Ligação. Não são colhidos dados de saúde sensíveis acerca dos participantes e todas as respostas por eles

dados, à exceção do Consentimento Informado, são de resposta facultativa. Se em algum momento o utente pretender suspender o preenchimento, ou não responder a alguma das questões, é livre de o fazer.

4

Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 9

5

Declaração dos Colaboradores de Referenciação ao Investigador

O estudo dispensa a formação e treino de colaboradores para a participação ou ajuda ao preenchimento dos questionários. Pretende-se que sejam os utentes ou representantes legais a preencherem os questionários.

Anexam-se as autorizações dos representantes de Enfermagem das Unidades onde decorre o estudo, tal como dos respetivos Coordenadores, formalizando o compromisso de envolvimento dos respetivos grupos de profissionais no desenvolvimento da investigação – Anexo 3; bem como as declarações de Confidencialidade dos Elos de Ligação (anexo 14).

Tal como acontece com os participantes, também a participação dos enfermeiros das várias Unidades é livre.

6

Declaração do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 8

7

Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 10

9

Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 11

10

Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Anexo 12

11

Declaração de Conflito de Interesses do Investigador

Anexo 13

12

Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação

Anexo 14

Referências Bibliográficas:

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro* (F. F. M. dos Santos (ed.)). Guide - Artes Gráficas, Lda.

Mold, J. W., Lawler, F., Schauf, K. J., & Aspy, C. B. (2012). Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.120106

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciencia e Saude Coletiva*, *22*(3), 725–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016

Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. *Zdravstveno Varstvo*, *57*(4), 175–182. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022

Pisnik, A., & Pevec, T. (2017). the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services. *Ekonomska Misao i Praksa*, *2*, 611–635.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. 255.

Lista de Anexos:

Anexo 1 – CV Investigador Formato Curto

Anexo 2 – Autorização do autor para utilização do Instrumento de Colheita de Dados;

Anexo 3 – Declaração dos responsáveis das Unidades Funcionais para a realização do Estudo (Coordenadores e Enfermeiros Responsáveis);

Anexo 4 – Tradução e adaptação do Instrumento de Colheita de Dados Original

Anexo 5 – Anexo Escalas/ Questionário - modelo em papel

Anexo 6 – Escalas/ Questionário - modelo digital

Anexo 7 – Modelo do Consentimento Informado - modelo em papel

Anexo 8 – Declaração e CV Sumário do Orientador Científico/Pedagógico sobre âmbito académico

Anexo 9 – Garantias de Compromisso de Confidencialidade do Investigador

Anexo 10 – Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre condições logísticas, humanas e éticas asseguradas para a realização do trabalho.

Anexo 11 - Declaração sobre propriedade dos dados e compromisso de publicação.

Anexo 12 - Declaração de compromisso para entrega à CES do Relatório Final.

Anexo 13 – Declaração de Conflito de Interesses.

Anexo 14 - Declaração de Confidencialidade dos Elos de Ligação.

Consentimento Informado

Cópia para o Utente

1/2

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado **"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"**, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.

Está a ser convidado a participar neste estudo por **ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem**, ser **maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente**. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.

Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.

A colheita de dados será realizada através de **questionário**, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. **No final, deverá colocar o questionário na urna,** que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual.

Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde.

Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva ao enfermeiro que lhe entrega o questionário.

Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com

A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao seu Enfermeiro de Família (2/2).

Consentimento Informado

Cópia para o Enfermeiro de Família

2/2

Declaro que compreendi e aceito as condições de participação neste estudo

Rúbrica do participante

Prezado Utente

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado **"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"**, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.

Está a ser convidado a participar neste estudo por **ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem**, ser **maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente**. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.

Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.

A colheita de dados será realizada através de **questionário**, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. **No final, deverá colocar o questionário na urna,** que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual.

Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde.

Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva.

Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.

Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com

A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira

Perceção do Cliente sobre Organizações de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem

Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde e Consulta de Enfermagem

*Obrigatório

1. Prezado Utente Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar Dissertação intitulado “Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem”, que decorre em 3 Unidades Funcionais de diferentes tipologias, no ACES Lisboa Norte.Está a ser convidado a participar neste estudo por ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ser cuidador de utente dependente. Pretende-se conhecer a sua perceção sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem.Tendo como premissa que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião sincera será sempre a melhor das respostas, ajudando-nos a aproximar os serviços oferecidos à sua expectativa e necessidades. Nesse sentido, solicita-se que responda a todas as questões.A colheita de dados será realizada através de questionário, que lhe será entregue após confirmar que pretende fazer parte deste estudo. No final, deverá colocar o questionário na urna, que se manterá selada e apenas será manipulada pela investigadora.O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo englobados numa amostra. Os resultados apenas serão utilizados de forma agregada e não de forma individual. Sendo importante a sua opinião, agradecemos a sua colaboração e assumimos que a participação é voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida, se assim o desejar, sem qualquer consequência nos serviços que usufrui por parte da sua Unidade de Saúde. Os participantes deverão consentir a sua participação neste estudo, pelo que solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e o devolva ao enfermeiro que lhe entrega o questionário.Se não souber ler/escrever ou seja invisual, o questionário deverá ser lido por quem o acompanhe (externo à Unidade de Saúde) e o seu consentimento obtido através de impressão digital na presença do enfermeiro que lhe deu o questionário, ou rúbrica de quem preencherá o questionário.Se tiver alguma dúvida, poderá contactar-me pelo endereço: enfteresavieira@gmail.com A Investigadora: Ana Teresa G. da Costa N. Vieira *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, aceito participar no Estudo.
- ◯ Não, não pretendo participar no Estudo.

Parte 1

Caracterização da Amostra - Queremos conhecê-lo melhor - (dados de quem responde)

2. Sexo (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

3. Idade (dados de quem responde)

_____

4. Estado Civil (dados de quem responde)

_____

5. Escolaridade (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Iletrado
- ◯ Até 4 anos de Escolaridade
- ◯ Entre 4 e 12 anos de Escolaridade
- ◯ Ensino Superior

6. Situação perante o Trabalho (dados de quem responde)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Desempregado
- ◯ Estudante
- ◯ Part-time/ trabalho a tempo parcial
- ◯ Trabalhador por conta de outrem
- ◯ Trabalhador Independente
- ◯ Aposentado

7. Unidade de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ UCSP Sete Rios
- ◯ USF Benfica Jardim
- ◯ USF Parque

8. Consulta de Enfermagem que utiliza hoje *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Saúde Infantil - 0 aos 11 meses
- ◯ Saúde Infantil 12 aos 23 meses
- ◯ Saúde infanto-juvenil 2 -17 anos
- ◯ Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Rastreios Oncológicos, Saúde Materna, Puerpério)
- ◯ Saúde do Adulto (Vacinação, Sala de Tratamentos, Consulta Diabetes, Consulta Hipocoagulação, Vigilância de Saúde/Doença)
- ◯ Dependente (Cuidados domiciliários; inclui cuidador principal)

9. Utilização Simultânea de Subsistema de Saúde (Ex: ADSE, Seguros Saúde Privados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Avaliação da Organização

O1 - Qualidade da Organização e dos Profissionais

10. Os Profissionais desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

11. Os Profissionais desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

12. Os Profissionais desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O2 - Reputação geral da Organização e dos Profissionais

13. Esta Organização tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

14. Os funcionários desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

15. A gestão desta Organização é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

16. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva desta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O3 - Valor percebido da Organização

17. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

18. No geral, esta é uma Organização com serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

19. Esta Organização tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas (custos/prejuizos).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O4 -Aspetos de duração e custos da visita

20. Uma visita a esta Organização impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

21. Um tratamento nesta Organização representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

22. Uma visita a esta Organização está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O5 - Satisfação com o tratamento na Organização

23. A decisão de visitar esta Organização foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

24. Tive sobretudo boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

25. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Organização.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Organização

O6 – Recomendações

26. Voltarei a escolher esta Organização no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

27. Recomendaria esta Organização a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

28. Falarei sobre esta Organização sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E1 - Qualidade do Serviço e dos Profissionais da Consulta de Enfermagem

29. Os Enfermeiros desta organização fazem-me sentir seguro/a durante um tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

30. Os Enfermeiros desta organização fornecem ajuda de uma forma adequada e rápida.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

31. Os Enfermeiros desta organização estão familiarizados com esta área de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E2 - Reputação geral da Consulta de Enfermagem

32. Esta Consulta tem um bom estatuto na sua zona.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

33. Os Enfermeiros desta Organização são muito respeitados em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

34. A gestão destas Consultas de Enfermagem é muito respeitada em público.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

35. Os média fazem, por norma, uma avaliação positiva destas Consultas de Enfermagem

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E3 - Valor percebido da Consulta de Enfermagem

36. Vejo mais aspetos positivos do que negativos nesta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

37. No geral, estas Consulta de Enfermagem têm serviços de alta qualidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

38. Esta Consulta de Enfermagem tem uma boa proporção de benefícios recebidos relativamente às perdas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E4 -Aspetos de duração e custos da visita

39. Esta Consulta de Enfermagem impede a execução dos meus planos, o que leva a situações inconvenientes.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

40. Esta Consulta de Enfermagem representa gastos elevados para mim.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

41. Esta Consulta de Enfermagem está relacionada com gasto materiais (em transportes, estacionamento, perda de rendimentos, pagamento dos serviços).

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E5 - Satisfação com o tratamento de Enfermagem

42. A decisão de visitar esta Consulta de Enfermagem foi uma boa decisão.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

43. Tive sobretudo boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

44. Notei que outras pessoas tiveram boas experiências com esta Consulta de Enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Avaliação da Consulta de Enfermagem

E6 – Recomendações

45. Voltarei a escolher esta Consulta de Enfermagem no futuro caso necessite.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

46. Recomendaria esta Consulta de Enfermagem a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

47. Falarei sobre esta Consulta de Enfermagem sempre de forma positiva.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo em absoluto	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo em absoluto

Melhorando a Sua perceção

O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Organização e Consulta de Enfermagem

48. O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre o seu Centro de Saúde?

49. O que podemos alterar para melhorar a Sua perceção sobre a Consulta de Enfermagem

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Estatísticas Descritivas – SPSS

Caracterização da Amostra

Statistics

CA4-Unidade Pertence

N	Valid	406
	Missing	0

CA4-Unidade Pertence

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UCSP	220	54,2	54,2	54,2
	USF modelo A	93	22,9	22,9	77,1
	USF modelo B	93	22,9	22,9	100,0
	Total	406	100,0	100,0	

Statistics

		CA1-Género	CA2-Idade	CA3-Estado Civil	CA5- Nível Escolaridade	CA6-Situação Laboral	CA7- Tipologia Consulta Enfermagem	CA8c- Utilização Simultânea mesmo Serviço
N	Valid	406	392	389	399	400	406	399
	Missing	0	14	17	7	6	0	7

CA1-Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	104	25,6	25,6	25,6
	Feminino	302	74,4	74,4	100,0
	Total	406	100,0	100,0	

Statistics

CA2-Idade

N	Valid	392
	Missing	14
Mean		44,88
Median		39,00
Mode		36
Std. Deviation		18,053
Variance		325,915
Minimum		18
Maximum		97

CA3-Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	111	27,3	28,5	28,5
	Casado/União de Facto	229	56,4	58,9	87,4
	Divorciado	28	6,9	7,2	94,6
	Viúvo	21	5,2	5,4	100,0
	Total	389	95,8	100,0	
Missing	System	17	4,2		
Total		406	100,0		

CA5- Nível Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Iletrado	8	2,0	2,0	2,0
	até 4 anos	41	10,1	10,3	12,3
	entre 4 e 12 anos	155	38,2	38,8	51,1
	Superior	195	48,0	48,9	100,0
	Total	399	98,3	100,0	
Missing	System	7	1,7		
Total		406	100,0		

CA6-Situação Laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	desempregado	52	12,8	13,0	13,0
	Estudante	20	4,9	5,0	18,0
	Part-Time	19	4,7	4,8	22,8
	Trabalhador por conta outrem	193	47,5	48,3	71,0
	trabalhador independente	50	12,3	12,5	83,5
	reformado/aposentado	66	16,3	16,5	100,0
	Total	400	98,5	100,0	
Missing	System	6	1,5		
Total		406	100,0		

CA7- Tipologia Consulta Enfermagem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIJ 0-11 meses	55	13,5	13,5	13,5
	SIJ 12-23 meses	43	10,6	10,6	24,1
	SIJ 2-18 anos	57	14,0	14,0	38,2
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	93	22,9	22,9	61,1
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	113	27,8	27,8	88,9
	Dependentes (VD)	45	11,1	11,1	100,0
	Total	406	100,0	100,0	

CA8c- Utilização Simultânea mesmo Serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	217	53,4	54,4	54,4
	Não	182	44,8	45,6	100,0
	Total	399	98,3	100,0	
Missing	System	7	1,7		
Total		406	100,0		

Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- Versão Organizacional

Statistics

		QualidadeOrg	ReputaçãoOrg	ValorOrg	CustoOrgRec	satisfaçãoOrg	RecomendaçãoOrg
N	Valid	406	393	388	396	399	406
	Missing	0	13	18	10	7	0
Mean		6,1823	5,7087	5,7423	5,4646	5,9014	5,9351
Median		6,3333	5,7500	6,0000	5,6667	6,0000	6,0000
Std. Deviation		,85917	1,05797	,97633	1,33234	1,05344	1,35270
Variance		,738	1,119	,953	1,775	1,110	1,830
Minimum		2,00	1,25	1,67	1,00	1,00	1,00
Maximum		7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00

Statistics

AvOrgRec

N	Valid	376
	Missing	30
Mean		5,8151
Median		5,8611
Std. Deviation		,80795
Variance		,653
Minimum		2,25
Maximum		7,00

Statistics

		Segurança Profissonais Organização	Ajuda Profissionais Organização	Rotina Profissionais Organização
N	Valid	406	406	406
	Missing	0	0	0
Mean		6,22	5,98	6,35
Median		6,00	6,00	7,00
Std. Deviation		,936	1,206	,841
Variance		,876	1,454	,708
Minimum		1	1	2
Maximum		7	7	7

Statistics

		Estatatuto Organização	Respeito Publico Organização	Gestão Organiação	Media Organização
N	Valid	404	402	402	393
	Missing	2	4	4	13
Mean		5,93	5,77	5,56	5,55
Median		6,00	6,00	6,00	6,00
Std. Deviation		1,151	1,121	1,290	1,236
Variance		1,324	1,256	1,663	1,529
Minimum		1	1	1	1
Maximum		7	7	7	7

Statistics

		Benefício Organização	Serviço Qualidade Organização	Proporção Benfício Organização
N	Valid	406	405	388
	Missing	0	1	18
Mean		5,91	5,73	5,59
Median		6,00	6,00	6,00
Std. Deviation		1,166	1,115	1,209
Variance		1,359	1,244	1,462
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		C20rec	C21rec	C22rec
N	Valid	396	403	402
	Missing	10	3	4
Mean		4,74	6,13	5,51
Median		5,00	7,00	6,00
Std. Deviation		1,908	1,396	1,600
Variance		3,639	1,948	2,560
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		Saldo Positivo Utilização Organização	Boas Experiências do Próprio na Organização	Boas Experiências dos outros na Organização
N	Valid	404	406	400
	Missing	2	0	6
Mean		6,07	6,02	5,63
Median		6,00	6,00	6,00
Std. Deviation		1,151	1,149	1,295
Variance		1,325	1,321	1,677
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		Intenção Reutilizar Organização	Recomendação Organização	Publicidade Positiva Organização
N	Valid	406	406	406
	Missing	0	0	0
Mean		6,12	5,94	5,74
Median		7,00	6,00	6,00
Std. Deviation		1,350	1,438	1,471
Variance		1,822	2,068	2,164
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Análise descritiva dos itens e dimensões do QAOS- Versão Consulta de Enfermagem

Statistics

		QualidadeEnf	ReputaçãoEnf	ValorEnf	CustoEnfRec	SatisfaçãoEnf	Recomendação Org
N	Valid	406	390	393	395	392	406
	Missing	0	16	13	11	14	0
Mean		6,4589	5,9679	6,1366	5,8270	6,1990	5,9351
Median		6,6667	6,0000	6,3333	6,0000	6,3333	6,0000
Std. Deviation		,75602	,90943	,88849	1,26591	,89206	1,35270
Variance		,572	,827	,789	1,603	,796	1,830
Minimum		3,00	2,50	1,33	1,00	1,00	1,00
Maximum		7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00

Statistics

AvEnfRec

N	Valid	371
	Missing	35
Mean		6,1443
Median		6,2222
Std. Deviation		,72227
Variance		,522
Minimum		2,64
Maximum		7,00

Statistics

		Segurança Profissonais Consulta Enfermagem	Ajuda Profissionais Consulta Enfermagem	Rotina Profissionais Consulta Enfermagem
N	Valid	406	406	406
	Missing	0	0	0
Mean		6,45	6,36	6,56
Median		7,00	7,00	7,00
Std. Deviation		,783	,934	,770
Variance		,614	,873	,592
Minimum		2	2	3
Maximum		7	7	7

Statistics

		Estatatuto Consulta Enfermagem	Respeito Publico Consulta Enfermagem	Gestão Consulta Enfermagem	Media Consulta Enfermagem
N	Valid	398	399	400	395
	Missing	8	7	6	11
Mean		6,19	6,02	5,94	5,75
Median		6,00	6,00	6,00	6,00
Std. Deviation		,908	1,082	1,051	1,123
Variance		,825	1,170	1,104	1,261
Minimum		2	1	3	2
Maximum		7	7	7	7

Statistics

		Benefício Consulta Enfermagem	Serviço Qualidade Consulta Enfermagem	Proporção Benfício Consulta Enfermagem
N	Valid	406	406	393
	Missing	0	0	13
Mean		6,32	6,21	5,91
Median		7,00	6,00	6,00
Std. Deviation		,932	,946	1,194
Variance		,868	,895	1,426
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		CE39rec	CE40rec	CE41rec
N	Valid	398	398	399
	Missing	8	8	7
Mean		5,44	6,27	5,77
Median		6,00	7,00	6,00
Std. Deviation		1,671	1,275	1,532
Variance		2,792	1,627	2,346
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		Saldo Positivo Utilização Consulta Enfermagem	Boas Experiências do Próprio na Consulta Enfermagem	Boas Experiências dos outros na Consulta Enfermagem
N	Valid	401	405	398
	Missing	5	1	8
Mean		6,32	6,35	5,94
Median		7,00	7,00	6,00
Std. Deviation		,927	,899	1,157
Variance		,859	,807	1,339
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

Statistics

		Saldo Positivo Utilização Consulta Enfermagem	Boas Experiências do Próprio na Consulta Enfermagem	Boas Experiências dos outros na Consulta Enfermagem
N	Valid	401	405	398
	Missing	5	1	8
Mean		6,32	6,35	5,94
Median		7,00	7,00	6,00
Std. Deviation		,927	,899	1,157
Variance		,859	,807	1,339
Minimum		1	1	1
Maximum		7	7	7

ANÁLISE DA FIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ACOS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	376	92,6
	Excluded[a]	30	7,4
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,816	,847	6

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,815	5,447	6,187	,740	1,136	,062	6
Item Variances	1,253	,686	1,870	1,184	2,724	,226	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QualidadeOrg	28,7035	17,732	,728	,593	,769
ReputaçãoOrg	29,1924	16,286	,724	,657	,757
ValorOrg	29,1538	16,320	,782	,682	,748
CustoOrgRec	29,4437	19,851	,155	,084	,890
satisfaçãoOrg	28,9907	15,786	,793	,666	,742
RecomendaçãoOrg	28,9685	15,543	,565	,454	,796

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	406	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,814	,824	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	6,182	5,978	6,352	,374	1,063	,036	3
Item Variances	1,013	,708	1,454	,746	2,054	,153	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Segurança Profissonais Organização	12,33	3,407	,683	,469	,731
Ajuda Profissionais Organização	12,57	2,468	,718	,517	,716
Rotina Profissionais Organização	12,19	3,806	,649	,421	,776

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	393	96,8
	Excluded[a]	13	3,2
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,912	,913	4

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,709	5,552	5,944	,392	1,071	,034	4
Item Variances	1,416	1,250	1,618	,368	1,295	,034	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Estatatuto Organização	16,89	10,700	,807	,661	,884
Respeito Publico Organização	17,07	10,664	,821	,710	,879
Gestão Organiação	17,26	9,511	,864	,762	,862
Media Organização	17,28	10,606	,717	,521	,915

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	388	95,6
	Excluded[a]	18	4,4
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,810	,813	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,742	5,590	5,910	,320	1,057	,026	3
Item Variances	1,315	1,165	1,462	,297	1,255	,022	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benefício Organização	11,32	3,938	,730	,569	,666
Serviço Qualidade Organização	11,50	4,318	,690	,534	,713
Proporção Benfício Organização	11,64	4,268	,570	,329	,837

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	396	97,5
	Excluded[a]	10	2,5
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,740	,758	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,465	4,745	6,136	1,391	1,293	,486	3
Item Variances	2,698	1,895	3,639	1,743	1,920	,774	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C20rec	11,65	7,221	,499	,251	,766
C21rec	10,26	8,896	,631	,436	,607
C22rec	10,88	7,953	,606	,424	,608

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	399	98,3
	Excluded[a]	7	1,7
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,849	,853	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Saldo Positivo Utilização Organização	11,64	4,954	,719	,575	,789
Boas Experiências do Próprio na Organização	11,69	4,711	,791	,642	,722
Boas Experiências dos outros na Organização	12,08	4,658	,654	,443	,858

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	406	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,949	,949	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,935	5,739	6,123	,384	1,067	,037	3
Item Variances	2,018	1,822	2,164	,342	1,188	,031	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Intenção Reutilizar Organização	11,68	7,985	,873	,772	,940
Recomendação Organização	11,86	7,265	,920	,847	,903
Publicidade Positiva Organização	12,07	7,272	,886	,799	,930

ACCE

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	371	91,4
	Excluded[a]	35	8,6
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,863	,884	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QualidadeEnf	30,4146	13,739	,795	,693	,822
ReputaçãoEnf	30,9182	13,319	,697	,567	,832
ValorEnf	30,7318	12,851	,801	,680	,814
CustoEnfRec	31,0049	14,942	,263	,100	,927
SatisfaçãoEnf	30,6896	12,659	,824	,725	,810
RecomendaçãoEnf	30,5692	12,889	,766	,692	,820

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	406	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,894	,898	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Segurança Profissonais Consulta Enfermagem	12,92	2,490	,825	,680	,823
Ajuda Profissionais Consulta Enfermagem	13,02	2,116	,793	,636	,860
Rotina Profissionais Consulta Enfermagem	12,81	2,617	,777	,611	,864

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	390	96,1
	Excluded[a]	16	3,9
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,893	,894	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Estatatuto Consulta Enfermagem	17,67	8,683	,698	,506	,886
Respeito Publico Consulta Enfermagem	17,86	7,299	,810	,687	,844
Gestão Consulta Enfermagem	17,95	7,352	,836	,720	,834
Media Consulta Enfermagem	18,14	7,506	,724	,531	,879

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	393	96,8
	Excluded[a]	13	3,2
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,820	,834	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benefício Consulta Enfermagem	12,11	3,610	,731	,617	,706
Serviço Qualidade Consulta Enfermagem	12,21	3,534	,742	,625	,693
Proporção Benfício Consulta Enfermagem	12,50	3,179	,587	,345	,872

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	395	97,3
	Excluded[a]	11	2,7
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,798	,810	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,827	5,435	6,271	,835	1,154	,177	3
Item Variances	2,250	1,609	2,800	1,191	1,740	,361	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CE39rec	12,05	6,592	,586	,350	,801
CE40rec	11,21	7,786	,710	,523	,679
CE41rec	11,71	6,797	,662	,488	,703

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	392	96,6
	Excluded[a]	14	3,4
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,866	,877	3

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	6,199	5,926	6,347	,421	1,071	,056	3
Item Variances	1,009	,815	1,342	,527	1,646	,084	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Saldo Positivo Utilização Consulta Enfermagem	12,27	3,524	,791	,683	,775
Boas Experiências do Próprio na Consulta Enfermagem	12,25	3,615	,795	,685	,776
Boas Experiências dos outros na Consulta Enfermagem	12,67	3,050	,684	,468	,895

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	406	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,951	,952	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Intenção Reutilizar Consulta Enfermagem	12,56	3,565	,901	,820	,929
Recomendação Consulta Enfermagem	12,64	3,302	,915	,841	,915
Publicidade Positiva Consulta Enfermagem	12,68	3,249	,882	,779	,943

ACOS e ACCE

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	360	88,7
	Excluded[a]	46	11,3
	Total	406	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,913	,915	2

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	5,977	5,814	6,140	,326	1,056	,053	2
Item Variances	,577	,515	,639	,124	1,240	,008	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AvEnfRec	5,8142	,639	,844	,712	.
AvOrgRec	6,1399	,515	,844	,712	.

H1 - ACOS e Unidade Funcional de pertença.

Descriptives

AvOrgRec

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
UCSP	207	5,5321	,81302	,05651	5,4207	5,6435	2,25	7,00
USF modelo A	84	6,2047	,66197	,07223	6,0610	6,3484	3,11	7,00
USF modelo B	85	6,1191	,64620	,07009	5,9797	6,2585	4,61	7,00
Total	376	5,8151	,80795	,04167	5,7332	5,8970	2,25	7,00

ANOVA

AvOrgRec

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	37,180	2	18,590	33,399	,000
Within Groups	207,614	373	,557		
Total	244,794	375			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: AvOrgRec

Bonferroni

(I) CA4-Unidade Pertence	(J) CA4-Unidade Pertence	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
UCSP	USF modelo A	-,67256*	,09652	,000	-,9047	-,4405
	USF modelo B	-,58698*	,09611	,000	-,8181	-,3558
USF modelo A	UCSP	,67256*	,09652	,000	,4405	,9047
	USF modelo B	,08558	,11478	1,000	-,1904	,3616
USF modelo B	UCSP	,58698*	,09611	,000	,3558	,8181
	USF modelo A	-,08558	,11478	1,000	-,3616	,1904

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

H2 - ACCE e Unidade Funcional de pertença.

Descriptives

AvEnfRec

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
UCSP	201	5,9156	,77603	,05474	5,8077	6,0236	2,64	7,00
USF modelo A	84	6,4633	,60052	,06552	6,3330	6,5936	2,92	7,00
USF modelo B	86	6,3671	,47671	,05140	6,2649	6,4693	5,17	7,00
Total	371	6,1443	,72227	,03750	6,0705	6,2180	2,64	7,00

ANOVA

AvEnfRec

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,326	2	11,663	25,293	,000
Within Groups	169,693	368	,461		
Total	193,019	370			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: AvEnfRec

Bonferroni

(I) CA4-Unidade Pertence	(J) CA4-Unidade Pertence	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
UCSP	USF modelo A	-,54766*	,08823	,000	-,7598	-,3355
	USF modelo B	-,45146*	,08750	,000	-,6619	-,2410
USF modelo A	UCSP	,54766*	,08823	,000	,3355	,7598
	USF modelo B	,09621	,10417	1,000	-,1543	,3467
USF modelo B	UCSP	,45146*	,08750	,000	,2410	,6619
	USF modelo A	-,09621	,10417	1,000	-,3467	,1543

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

H3 – ACCE e ACOS

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AvEnfRec	371	6,1443	,72227	,03750
AvOrgRec	376	5,8151	,80795	,04167

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
AvEnfRec	163,855	370	,000	6,14428	6,0705	6,2180
AvOrgRec	139,561	375	,000	5,81509	5,7332	5,8970

H4 - ACCE e Tipologia de Consultas de Enfermagem.

Descriptives

AvEnfRec

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
SIJ 0-11 meses	51	6,1032	,82762	,11589	5,8704	6,3360	3,58	7,00
SIJ 12-23 meses	41	6,1179	,71935	,11234	5,8908	6,3449	3,50	7,00
SIJ 2-18 anos	53	6,0299	,78128	,10732	5,8145	6,2452	2,64	7,00
Saúde Mulher (PF, SM, RO)	84	6,1587	,83071	,09064	5,9785	6,3390	3,28	7,00
Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	101	6,2247	,55259	,05499	6,1156	6,3338	4,79	7,00
Dependentes (VD)	41	6,1419	,65268	,10193	5,9359	6,3479	2,92	7,00
Total	371	6,1443	,72227	,03750	6,0705	6,2180	2,64	7,00

ANOVA

AvEnfRec

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,479	5	,296	,564	,728
Within Groups	191,540	365	,525		
Total	193,019	370			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: AvEnfRec

Bonferroni

(I) CA7- Tipologia Consulta Enfermagem	(J) CA7- Tipologia Consulta Enfermagem	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
SIJ 0-11 meses	SIJ 12-23 meses	-,01467	,15195	1,000	-,4636	,4343
	SIJ 2-18 anos	,07334	,14209	1,000	-,3465	,4932
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	-,05552	,12860	1,000	-,4355	,3244
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	-,12148	,12444	1,000	-,4892	,2462
	Dependentes (VD)	-,03872	,15195	1,000	-,4877	,4102
SIJ 12-23 meses	SIJ 0-11 meses	,01467	,15195	1,000	-,4343	,4636
	SIJ 2-18 anos	,08801	,15067	1,000	-,3572	,5332
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	-,04084	,13801	1,000	-,4486	,3669
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	-,10681	,13415	1,000	-,5032	,2895
	Dependentes (VD)	-,02405	,15999	1,000	-,4968	,4487
SIJ 2-18 anos	SIJ 0-11 meses	-,07334	,14209	1,000	-,4932	,3465
	SIJ 12-23 meses	-,08801	,15067	1,000	-,5332	,3572
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	-,12886	,12708	1,000	-,5043	,2466
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	-,19482	,12287	1,000	-,5579	,1682
	Dependentes (VD)	-,11206	,15067	1,000	-,5572	,3331
Saúde Mulher (PF, SM, RO)	SIJ 0-11 meses	,05552	,12860	1,000	-,3244	,4355
	SIJ 12-23 meses	,04084	,13801	1,000	-,3669	,4486
	SIJ 2-18 anos	,12886	,12708	1,000	-,2466	,5043
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	-,06597	,10697	1,000	-,3820	,2501
	Dependentes (VD)	,01679	,13801	1,000	-,3910	,4246
Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	SIJ 0-11 meses	,12148	,12444	1,000	-,2462	,4892
	SIJ 12-23 meses	,10681	,13415	1,000	-,2895	,5032
	SIJ 2-18 anos	,19482	,12287	1,000	-,1682	,5579
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	,06597	,10697	1,000	-,2501	,3820
	Dependentes (VD)	,08276	,13415	1,000	-,3136	,4791
Dependentes (VD)	SIJ 0-11 meses	,03872	,15195	1,000	-,4102	,4877
	SIJ 12-23 meses	,02405	,15999	1,000	-,4487	,4968
	SIJ 2-18 anos	,11206	,15067	1,000	-,3331	,5572
	Saúde Mulher (PF, SM, RO)	-,01679	,13801	1,000	-,4246	,3910
	Saúde Adulto (Vac, DM, ST)	-,08276	,13415	1,000	-,4791	,3136

H5 - ACCE e Utilização Simultânea de Subsistemas.

Group Statistics

	CA8c- Utilização Simultânea mesmo Serviço	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AvEnfRec	sim	200	6,1197	,76750	,05427
	não	166	6,1737	,67550	,05243

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AvEnfRec	Equal variances assumed	1,114	,292	-,708	364	,480	-,05404	,07636	-,20420	,09611
	Equal variances not assumed			-,716	362,731	,474	-,05404	,07546	-,20243	,09435

ACOS e Tipologia de Consultas de Enfermagem.

Test of Homogeneity of Variances

AvOrgRec

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,198	5	370	,054

ANOVA

AvOrgRec

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,271	5	,854	1,314	,257
Within Groups	240,523	370	,650		
Total	244,794	375			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: AvOrgRec

Bonferroni

(I) CA7-Tipologia Consulta Enfermagem	(J) CA7-Tipologia Consulta Enfermagem	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
SIJ 0-11 m	SIJ 12-23 m	,04505	,16820	1,000	-,4519	,5420
	SIJ 2-18 a	,33949	,15590	,451	-,1211	,8001
	Saúde Mulher	,09907	,14096	1,000	-,3174	,5155
	Saúde Adulto	,02617	,13524	1,000	-,3734	,4257
	Dependentes	,11765	,16588	1,000	-,3724	,6077
SIJ 12-23 m	SIJ 0-11 m	-,04505	,16820	1,000	-,5420	,4519
	SIJ 2-18 a	,29444	,16887	1,000	-,2045	,7933
	Saúde Mulher	,05402	,15519	1,000	-,4045	,5125
	Saúde Adulto	-,01888	,15001	1,000	-,4621	,4243
	Dependentes	,07260	,17813	1,000	-,4537	,5989
SIJ 2-18 a	SIJ 0-11 m	-,33949	,15590	,451	-,8001	,1211
	SIJ 12-23 m	-,29444	,16887	1,000	-,7933	,2045
	Saúde Mulher	-,24042	,14177	1,000	-,6592	,1784
	Saúde Adulto	-,31332	,13607	,328	-,7153	,0887
	Dependentes	-,22184	,16656	1,000	-,7139	,2703
Saúde Mulher	SIJ 0-11 m	-,09907	,14096	1,000	-,5155	,3174
	SIJ 12-23 m	-,05402	,15519	1,000	-,5125	,4045
	SIJ 2-18 a	,24042	,14177	1,000	-,1784	,6592
	Saúde Adulto	-,07290	,11867	1,000	-,4235	,2777
	Dependentes	,01858	,15268	1,000	-,4325	,4696
Saúde Adulto	SIJ 0-11 m	-,02617	,13524	1,000	-,4257	,3734
	SIJ 12-23 m	,01888	,15001	1,000	-,4243	,4621
	SIJ 2-18 a	,31332	,13607	,328	-,0887	,7153
	Saúde Mulher	,07290	,11867	1,000	-,2777	,4235
	Dependentes	,09149	,14741	1,000	-,3440	,5270
Dependentes	SIJ 0-11 m	-,11765	,16588	1,000	-,6077	,3724
	SIJ 12-23 m	-,07260	,17813	1,000	-,5989	,4537
	SIJ 2-18 a	,22184	,16656	1,000	-,2703	,7139
	Saúde Mulher	-,01858	,15268	1,000	-,4696	,4325
	Saúde Adulto	-,09149	,14741	1,000	-,5270	,3440

Lista de Anexos

Anexo 1 Autorizações dos autores para utilização do instrumento de colheita de dados original

Anexo 2 Documentos de submissão à Comissão de Ética em Saúde

Anexo 3 Parecer Final da Comissão de Ética em Saúde

Anexo 4 The Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services (Pisnik&Pevec 2017)

Anexo 5 Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services (Pevec&Pisnik 2018)

EVALUATION SYSTEM FOR PATIENTS' ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES

Caixa de entrada

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> 07/05/2021, 20:29 (há 13 dias)

para aleksandra.pisnik, teodor.pevec, redetebl+63

My name is Ana Teresa Vieira, I am a nurse specialized in primary health care and currently I am also a Master student in Nursing - Health Care Management by Orientation of Amélia Filomena Mendes Castilho (Rn, MSc on heath care economy and management, PhD on Nurse Sciences); in Coimbra, Portugal.

I found your article "Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services" extremely interesting.
It has answered some areas of my interest, not yet properly worked on heath care practice and that I would like to explore in the near future.

In my academic career, I will develop a research study in 3 different primary care providers in Lisbon, and I am very interested in using your questionnaire if you allow me so.
I am aware of translation procedures, as well as the validation for the Portuguese population and primary health services.

I hope to find significant results that may help heath care providers, especially nurses, to conceive more effective family interventions based on value and loyalty which may help to built more robust health performance results.
Asks for approval.
Ana Teresa Vieira

Aleksandra Selinšek <aleksandra.selinsek1@um.si> 06:57 (há 3 horas)

para mim

Dear Ana Teresa Vieira,

you can always use published questionnaire under condition that you cite the original authors properly.

I wish you a lot of success with your research.

If you are interested for comparison of the results let us know.

Best regards,

izr. prof. dr. Aleksandra Selinšek
Univerza v Mariboru | University of Maribor
Ekonomsko-poslovna fakulteta
Faculty of Economics and Business
Razlagova 14, 2000 Maribor, Slovenija
T: +386 (0)2 22 90 342
E: aleksandra.selinsek1@um.si www.epf.um.si

Ana Teresa Vieira <enfteresavieira@gmail.com> 09:48 (há 18 minutos)

para Aleksandra

Thank you very much for your answer!

I will be happy to share the results of data collection in the context of primary health care.
You will always have my commitment with respect to the origin and property of the original document that will serve as a basis for the development of the investigation, through the appropriate citation of the authors.
Best regards

Ana Teresa Vieira

Parecer Intermédio
070/CES/INV/2021

- **Título do projeto**

"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"

- **Investigador e instituição de afiliação**

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

- **Enquadramento institucional do proponente**

Mestrado em Enfermagem na área de Gestão de Unidades de Saúde ESEC

- **Contacto do investigador principal**

Contacto móvel: 965163445; Endereço eletrónico: enfteresavieira@gmail.com

- **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Professora Doutora Amélia Castilho - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

--

- **Local do estudo**

UCSP Sete Rios; USF Benfica Jardim; USF Parque (ACES Lisboa Norte)

- **Financiamento e Orçamento**

--

Fundamentação

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito mais competitivo, fruto do maior controlo das práticas, metodologias de controlo de qualidade, mas também abertura do setor ao privado em algumas áreas com interesse económico, apoiadas por participações de subsistemas ou seguros que minimizam o impacto económico para o utilizador, pela escolha de serviços tecnicamente mais diferenciados.

Desde a criação do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) alteraram-se substancialmente, passaram por quatro grandes reformas (Costa et al., 2013) e uma infinidade de outras locais (O. Santos et al., 2007), o que conferiu a cada Unidade Funcional um carácter único, uma identidade, que marca ainda hoje a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os stakeholders. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no seu setor, no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

Mas como todas as organizações com preocupações com a qualidade, inseridas num ambiente cada vez mais exigente do ponto de vista do desempenho, a auscultação das perceções dos clientes acerca dos serviços e profissionais é essencial para o ajustar às expectativas. Só dessa forma é possível perceber o que valorizam, realiza ou compromete para com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua

escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os outputs de desempenho organizacional. Não menos importante, a compreensão do cliente sobre várias faces dos serviços e prestadores de cuidados, permite alicerçar estratégias de prevenção de doenças, vigilância e comportamentos promotores de saúde que se traduzam em ganhos efetivos em qualidade e tempo de vida, num palco especialmente estratégico – pela intervenção em proximidade - como o dos CSP.

(…)

Da revisão do estado da arte é percetível alguma preocupação nas áreas da qualidade e satisfação dos clientes de serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares e prestadores privados.

A reputação e lealdade do cliente são variáveis amplamente estudadas por áreas comerciais, turismo, marketing, etc; que têm visto as publicações na área da saúde ampliarem nos últimos anos; especialmente em países orientais, onde os sistemas de saúde são pautados por uma grande diversidade de prestadores de serviços/ofertas assistenciais e as escolhas dos clientes determinam a viabilidade dos negócios.

O valor associado à saúde é uma variável bastante complexa, que não se pode traduzir unicamente pela qualidade e custo dos serviços prestados. Características intrínsecas à saúde, enquanto setor, como a imprevisibilidade do resultado, custos elevados de difícil interpretação pelo cliente, não serem mercados puros e perfeitos, entre muitos outros, tornam a perceção de valor difícil de avaliar. No entanto, na saúde, como nos restantes setores, agregar valor à atividade é condição essencial à continuidade da mesma. No caso da saúde o valor das intervenções tem implicações éticas, deontológicas, morais, sociais e económicas especialmente sensíveis, por terem como matéria de intervenção a pessoa humana e a sua saúde cujo valor intrínseco é inestimável.

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro (F. F. M. dos Santos (ed.)). Guide - Artes Gráficas, Lda.

Mold, J. W., Lawler, F., Schauf, K. J., & Aspy, C. B. (2012). Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. Journal of the American Board of Family Medicine, 25(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.120106

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. Ciencia e Saude Coletiva, 22(3), 725–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016

Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. Zdravstveno Varstvo, 57(4), 175–182. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022

Pisnik, A., & Pevec, T. (2017). the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services. Ekonomska Misao i Praksa, 2, 611– 635.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais. 255.

Questão de Investigação: Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Objetivos

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;
- Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;

- Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Hipóteses

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada. H4 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 - A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

População, materiais e métodos

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

quantitativo, descritivo – correlacional e transversal.

- **População (se aplicável)**

--

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

SEGMENTAÇÃO DA AMOSTRA: A Segmentação é um conceito do Marketing com aplicação à saúde:

- Agrupa pessoas com características ou necessidades de saúde semelhantes (Clusteres)
- Em CSP há indicadores assistenciais dirigidos a populações específicas
- Pessoas com necessidades de saúde semelhantes terão abordagens profissionais e organizacionais semelhantes – CORRETAS?

Este Questionário de Avaliação das Organizações de Saúde (QAOS) será aplicado em três organizações de CSP que prestam serviços semelhantes (USF modelo A e B e UCSP), com diferenças na organização interna, procurando compreender se a organização interna altera a perceção dos clientes no que respeita à organização e consultas de enfermagem.

A amostragem será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos), por se considerarem coortes com necessidades e abordagens organizacionais, eventualmente, distintas.

Critérios de Inclusão: Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente (?) (CI)

Critérios de exclusão: omisso
Cálculo da dimensão amostral: omisso
Modalidade de Recrutamento: omisso

- **Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)**

De caracterização: Idade; Género; Nível de Escolaridade Estado Civil; Situação perante o Trabalho
Dependentes: Perceção do cliente sobre a Unidade Funcional; Avaliação da Perceção sobre o Tipo de Consulta de Enfermagem utilizada
AS VARIÁVEIS (Independentes) EM ANÁLISE: As várias Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários; Tipos de Consultas de Enfermagem; Utilização simultânea de outro subsistema de saúde.
Operacionalização - omisso

- **Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).**

O questionário pode ser entregue em formato físico, papel, depois de assinados os Consentimentos Informados (…) foi informalmente solicitada uma versão desmaterializada, consistindo num formulário google forms enviado por mail para os interessados pelo Enfermeiro de Família ou outro, que contacte com o cliente em âmbito de consulta de enfermagem numa das Unidades Funcionais em que se desenvolve o estudo, após entrega dos CIs.
É aplicado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec&Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), intitulado "Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services" traduzido e culturalmente adaptado pelo modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter- cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19). Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.
Ferreira e Marques sugerem que a uma primeira tradução dupla da língua original para a que se pretende realizar a nova versão. Neste caso, indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, é conduzida a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é a original do instrumento de colheita de dados, para que faça a retroversão linguística. Esta é comparada ao original, são introduzidos os ajustes, usando os conceitos listados no ERGHO procurando garantias de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (1998, p.21).
[Autorização dos autores do questionário original presente]
Os questionários por preencher são entregues aquando da Receção dos CI na Sala de Espera, Gabinete de Enfermagem ou Domicílio. É entregue uma caneta a cada participante;
Os questionários preenchidos devem ser depositados numa urna opaca
Semanalmente, ou sempre que urna cheia, serão recolhidos nas diversas Unidades, os questionários e CI

- **Plano de Análise Estatística**

de forma anónima, utilizando programa estatístico SPSS na versão 20

Cronograma

Decorre entre junho e dezembro de 2021 com período de colheita de dados agendado para o mês de setembro.

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)

Para a realização deste trabalho de investigação serão necessárias impressões dos questionários, canetas para distribuir a cada um dos participantes que aceitem participar, caixas de armazenamento dos questionários/consentimentos.

Declaro que assumirei todas as despesas inerentes à distribuição/recolha dos questionários, impressões e equipamentos de armazenamento e preenchimento dos mesmos.

2.2.7. Aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

- **Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.**

omisso

- **Explicar como é feita a proteção dos dados:**
  - **Prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes?**

--

  - **Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;**

Não são colhidos dados de identificação

  - **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

omisso

  - **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído**

omisso

- **As formas previstas de divulgação dos resultados**

"comunicações ou publicação ecrita"

Conflitos de interesse existentes

omisso

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

- **Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção?**

sim

- **Existe um formulário de consentimento?**

Enfermeiras da unidade (?)

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **	
Título do projeto;	Não
Promotor;	✓
Local onde se realiza o estudo	Não
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	Não
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	incompleto
Porque está a ser convidado/a a participar	(1)
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	✓
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	Não
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	incompleto
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	Não
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	Não
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Protecção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	✓
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	Não
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	Não

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

Observações: (1) sugere-se está a ser convidado porque… em substituição de " Para participar neste estudo terá de ser …"
Cronograma: Presente

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: não "Os Elos de ligação são os representantes das equipas de enfermagem em cada Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia"

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Presentes

Declaração do Director Executivo do ACES : Presente

Previsão de custos financeiros para os ACES: Presente

Compromisso de entrega de relatório final: Presente

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

Apreciação:

Trata-se de um estudo que pretende conhecer a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem e identificar eventuais diferenças nessa avaliação, em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem. O estudo segue uma metodologia observacional, transversal, correlacional que passa pela tradução e validação de um instrumento de colheita de dados e posterior aplicação do mesmo a utentes de três unidades do ACES Lisboa Norte.

A fundamentação do estudo demonstra a sua pertinência e potencial valor social, no entanto identificam-se aspetos que não asseguram na totalidade a sua validade científica e não acautelam alguns aspetos referentes à dimensão ética.

No que respeita à amostra, considerando que este é um aspeto preponderante para assegurar a representatividade dos resultados, importa conhecer a técnica de amostragem a utilizar, os procedimentos de recrutamento dos participantes, o cálculo da sua dimensão e critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Estes aspetos ajudam também a avaliar o valor ético da justiça.

Não é descrito o plano de tratamento estatístico, nomeadamente tipo de análise estatística ou tratamento dos dados incompletos ou em falta.

Relativamente à segurança dos dados recolhidos, deverá ser explicitada a forma como é assegurada, em permanência, a segurança dos dados armazenados, nomeadamente contra acesso acidental ou propositado por terceiros e o destino dos dados no final do estudo, nomeadamente o que fica guardado, para que fins, com que medidas de proteção e durante quanto tempo, antes de serem destruídos. Realçamos que relativamente à conservação dos dados, tendo em conta o princípio da transparência associado à partilha do conhecimento, importa que os suportes de informação permaneçam devidamente

armazenados durante um tempo razoável, que permita o retorno aos dados, se necessário, após publicação / divulgação dos resultados.

No que respeita à aferição dos riscos ou incómodos, estes parecem ser inferiores ao mínimo. No entanto a reflexão sobre o balanço incómodo/benefícios para os participantes deve ser feita.

Relativamente ao processo de obtenção de consentimento informado, o texto informativo para os participantes deverá ser reformulado tendo em conta os itens da tabela 1. Tomamos a liberdade de sugerir a leitura do seguinte formulário: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Modelo_Consentimento_Investigacao.doc

É referida a existência de elos de ligação nas diferentes unidades. Estes devem ser envolvidos nas garantias de confidencialidade e respeito pela autonomia dos participantes o que poderá ser operacionalizado através de declaração a assinar pelos mesmos.

Finalmente, solicita-se declaração de conflito de interesses.

Nota adicional: Relativamente ao envio da grelha de atribuição de professores na UC de Dissertação, seria aconselhável que, em próximas ocasiões em que se dirija a entidades exteriores à faculdade, evite partilhar dados de outras pessoas.

Propomos o envio das objeções aos investigadores.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.
Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

02/11/2021

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

arslvt
LISBOA E VALE DO TEJO

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Teresa Vieira

enfteresavieira@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		761/CES/2022	

Assunto: Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na reunião da secção de investigação do dia 14.01.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Luís Pisco
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Parecer 070/CES/INV/2021

- **Título do projeto**

"Perceções dos Clientes sobre Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Consulta de Enfermagem"

- **Investigador e instituição de afiliação**

Ana Teresa Gordo da Costa Novo Vieira

- **Enquadramento institucional do proponente**

Mestrado em Enfermagem na área de Gestão de Unidades de Saúde ESEC

- **Contacto do investigador principal**

Contacto móvel: 965163445; Endereço eletrónico: enfteresavieira@gmail.com

- **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Professora Doutora Amélia Castilho - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

--

- **Local do estudo**

UCSP Sete Rios; USF Benfica Jardim; USF Parque (ACES Lisboa Norte)

- **Financiamento e Orçamento**

--

Fundamentação

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm atualmente um ambiente muito mais competitivo, fruto do maior controlo das práticas, metodologias de controlo de qualidade, mas também abertura do setor ao privado em algumas áreas com interesse económico, apoiadas por participações de subsistemas ou seguros que minimizam o impacto económico para o utilizador, pela escolha de serviços tecnicamente mais diferenciados.

Desde a criação do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) alteraram-se substancialmente, passaram por quatro grandes reformas (Costa et al., 2013) e uma infinidade de outras locais (O. Santos et al., 2007), o que conferiu a cada Unidade Funcional um carácter único, uma identidade, que marca ainda hoje a forma de se relacionarem com as populações que servem, com implicações intra-organizacionais e com os stakeholders. É um setor hoje pautado pela multiplicidade e inovação, com preocupações, ímpares no seu setor, no controlo do desempenho e monitorização das práticas, procurando o seu espaço numa área de mercado eminente e tradicionalmente associada a serviço público.

Mas como todas as organizações com preocupações com a qualidade, inseridas num ambiente cada vez mais exigente do ponto de vista do desempenho, a auscultação das perceções dos clientes acerca dos serviços e profissionais é essencial para o ajustar às expectativas. Só dessa forma é possível perceber o que

valorizam, realiza ou compromete para com o prestador de serviço/profissional, substanciando a sua escolha, a intenção de permanecer na organização e alicerçando os outputs de desempenho organizacional. Não menos importante, a compreensão do cliente sobre várias faces dos serviços e prestadores de cuidados, permite alicerçar estratégias de prevenção de doenças, vigilância e comportamentos promotores de saúde que se traduzam em ganhos efetivos em qualidade e tempo de vida, num palco especialmente estratégico – pela intervenção em proximidade - como o dos CSP.

(...)

Da revisão do estado da arte é percetível alguma preocupação nas áreas da qualidade e satisfação dos clientes de serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares e prestadores privados.

A reputação e lealdade do cliente são variáveis amplamente estudadas por áreas comerciais, turismo, marketing, etc; que têm visto as publicações na área da saúde ampliarem nos últimos anos; especialmente em países orientais, onde os sistemas de saúde são pautados por uma grande diversidade de prestadores de serviços/ofertas assistenciais e as escolhas dos clientes determinam a viabilidade dos negócios.

O valor associado à saúde é uma variável bastante complexa, que não se pode traduzir unicamente pela qualidade e custo dos serviços prestados. Características intrínsecas à saúde, enquanto setor, como a imprevisibilidade do resultado, custos elevados de difícil interpretação pelo cliente, não serem mercados puros e perfeitos, entre muitos outros, tornam a perceção de valor difícil de avaliar. No entanto, na saúde, como nos restantes setores, agregar valor à atividade é condição essencial à continuidade da mesma. No caso da saúde o valor das intervenções tem implicações éticas, deontológicas, morais, sociais e económicas especialmente sensíveis, por terem como matéria de intervenção a pessoa humana e a sua saúde cujo valor intrínseco é inestimável.

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e Preços na Saúde - passado, presente e futuro (F. F. M. dos Santos (ed.)). Guide - Artes Gráficas, Lda.

Mold, J. W., Lawler, F., Schauf, K. J., & Aspy, C. B. (2012). Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. Journal of the American Board of Family Medicine, 25(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.120106

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. Ciencia e Saude Coletiva, 22(3), 725–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016

Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. Zdravstveno Varstvo, 57(4), 175–182. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022

Pisnik, A., & Pevec, T. (2017). the Development and Validation of an Evaluation System for Patients' Assessment of Health Services. Ekonomska Misao i Praksa, 2, 611– 635.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais. 255.

Questão de Investigação: Qual a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem?

Objetivos

- Traduzir e realizar avaliação psicométrica da versão portuguesa do questionário de avaliação das organizações de saúde;
- Descrever a perceção dos utilizadores da consulta de enfermagem sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários;

- Descrever a perceção dos utilizadores sobre a consulta de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da organização em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Analisar se existem diferenças na avaliação da consulta de enfermagem em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem;
- Identificar os preditores de lealdade dos utilizadores em cada tipo de consulta de enfermagem.

Hipóteses

H1 – A avaliação da Organização de Saúde difere em função do tipo de unidade funcional.

H2 – Os utilizadores da unidade de cuidados de saúde primários fazem uma avaliação mais positiva da consulta de enfermagem do que da organização.

H3 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função do tipo de consulta frequentada. H4 - A avaliação da Consulta de Enfermagem difere em função da utilização simultâneas de outro subsistema de saúde.

H5 - A qualidade, reputação, valor percebido, custos, satisfação, tipo de cliente e utilização simultânea de serviços concorrentes são preditores da lealdade para os utilizadores da Consulta de Enfermagem.

População, materiais e métodos

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

quantitativo, descritivo – correlacional e transversal.

- **População (se aplicável)**

--

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

SEGMENTAÇÃO DA AMOSTRA: A Segmentação é um conceito do Marketing com aplicação à saúde:

- Agrupa pessoas com características ou necessidades de saúde semelhantes (Clusteres)
- Em CSP há indicadores assistenciais dirigidos a populações específicas
- Pessoas com necessidades de saúde semelhantes terão abordagens profissionais e organizacionais semelhantes – CORRETAS?

Este Questionário de Avaliação das Organizações de Saúde (QAOS) será aplicado em três organizações de CSP que prestam serviços semelhantes (USF modelo A e B e UCSP), com diferenças na organização interna, procurando compreender se a organização interna altera a perceção dos clientes no que respeita à organização e consultas de enfermagem.

A amostragem será dividida por tipologia de consulta de enfermagem (saúde infantil, saúde da mulher, saúde do adulto e dependente) e faixa etária no caso da saúde infantil (0-11 meses; 12-23 meses; 2-18 anos), por se considerarem coortes com necessidades e abordagens organizacionais, eventualmente, distintas.

Critérios de Inclusão: Para participar neste estudo terá de ser utente utilizador de uma consulta de enfermagem, ser maior de idade ou responsável legal de um menor ou ainda cuidador de utente dependente (?) (CI)

Critérios de exclusão: omisso
Cálculo da dimensão amostral: omisso
Modalidade de Recrutamento: omisso

- **Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)**

De caracterização: Idade; Género; Nível de Escolaridade Estado Civil; Situação perante o Trabalho
Dependentes: Perceção do cliente sobre a Unidade Funcional; Avaliação da Perceção sobre o Tipo de Consulta de Enfermagem utilizada
AS VARIÁVEIS (Independentes) EM ANÁLISE: As várias Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários; Tipos de Consultas de Enfermagem; Utilização simultânea de outro subsistema de saúde.
Operacionalização - omisso

- **Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).**

O questionário pode ser entregue em formato físico, papel, depois de assinados os Consentimentos Informados (...) foi informalmente solicitada uma versão desmaterializada, consistindo num formulário google forms enviado por mail para os interessados pelo Enfermeiro de Família ou outro, que contacte com o cliente em âmbito de consulta de enfermagem numa das Unidades Funcionais em que se desenvolve o estudo, após entrega dos CIs.
É aplicado o Questionário de Avaliação de Organizações de Saúde (QAOS), criado e validado por Pevec&Pisnik (Pevec & Pisnik, 2018; Pisnik & Pevec, 2017), intitulado "Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services" traduzido e culturalmente adaptado pelo modelo sugerido por Ferreira e Marques (1998). Estes autores postulam que a adaptação inter- cultural tem duas etapas principais: a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas; e a avaliação das propriedades psicométricas (1998, p.19). Pretende-se com a tradução e adaptação cultural obter equivalências conceptuais – relevância e significado; e linguística – semântica.
Ferreira e Marques sugerem que a uma primeira tradução dupla da língua original para a que se pretende realizar a nova versão. Neste caso, indo ao encontro do sugerido como a melhor prática de tradução, a primeira versão foi feita por duas pessoas de formação académica diferente, bilíngues, cuja língua materna é o português. Obtida a versão de consenso entre as suas traduções, é conduzida a uma terceira pessoa, igualmente bilíngue, mas cuja língua materna é a original do instrumento de colheita de dados, para que faça a retroversão linguística. Esta é comparada ao original, são introduzidos os ajustes, usando os conceitos listados no ERGHO procurando garantias de equivalências linguísticas e semânticas até se obter uma versão na segunda língua que satisfaça os intervenientes no processo de tradução (1998, p.21).
[Autorização dos autores do questionário original presente]
Os questionários por preencher são entregues aquando da Receção dos CI na Sala de Espera, Gabinete de Enfermagem ou Domicílio. É entregue uma caneta a cada participante;
Os questionários preenchidos devem ser depositados numa urna opaca
Semanalmente, ou sempre que urna cheia, serão recolhidos nas diversas Unidades, os questionários e CI

- **Plano de Análise Estatística**

de forma anónima, utilizando programa estatístico SPSS na versão 20

Cronograma

Decorre entre junho e dezembro de 2021 com período de colheita de dados agendado para o mês de setembro.

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)

Para a realização deste trabalho de investigação serão necessárias impressões dos questionários, canetas para distribuir a cada um dos participantes que aceitem participar, caixas de armazenamento dos questionários/consentimentos.

Declaro que assumirei todas as despesas inerentes à distribuição/recolha dos questionários, impressões e equipamentos de armazenamento e preenchimento dos mesmos.

2.2.7. Aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

- **Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.**

omisso

- **Explicar como é feita a proteção dos dados:**
  - **Prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes?**

--

- **Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;**

Não são colhidos dados de identificação

- **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

omisso

- **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído**

omisso

- **As formas previstas de divulgação dos resultados**

"comunicações ou publicação ecrita"

Conflitos de interesse existentes

omisso

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

- **Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção?**

sim

- **Existe um formulário de consentimento?**

Enfermeiras da unidade (?)

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **	
Título do projeto;	Não
Promotor;	✓
Local onde se realiza o estudo	Não
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	Não
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	incompleto
Porque está a ser convidado/a a participar	(1)
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	✓
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	Não
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	incompleto
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	Não
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	Não
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Protecção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	✓
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	Não
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	Não

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

Observações: (1) sugere-se está a ser convidado porque... em substituição de " Para participar neste estudo terá de ser ..."
Cronograma: Presente

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: não "Os Elos de ligação são os representantes das equipas de enfermagem em cada Unidade Funcional: Enfermeira Gestora e Enfermeiras em Funções de Chefia"

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Presentes

Declaração do Director Executivo do ACES : Presente

Previsão de custos financeiros para os ACES: Presente

Compromisso de entrega de relatório final: Presente

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

Apreciação:

Trata-se de um estudo que pretende conhecer a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem e identificar eventuais diferenças nessa avaliação, em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem. O estudo segue uma metodologia observacional, transversal, correlacional que passa pela tradução e validação de um instrumento de colheita de dados e posterior aplicação do mesmo a utentes de três unidades do ACES Lisboa Norte.

A fundamentação do estudo demonstra a sua pertinência e potencial valor social, no entanto identificam-se aspetos que não asseguram na totalidade a sua validade científica e não acautelam alguns aspetos referentes à dimensão ética.

No que respeita à amostra, considerando que este é um aspeto preponderante para assegurar a representatividade dos resultados, importa conhecer a técnica de amostragem a utilizar, os procedimentos de recrutamento dos participantes, o cálculo da sua dimensão e critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Estes aspetos ajudam também a avaliar o valor ético da justiça.

Não é descrito o plano de tratamento estatístico, nomeadamente tipo de análise estatística ou tratamento dos dados incompletos ou em falta.

Relativamente à segurança dos dados recolhidos, deverá ser explicitada a forma como é assegurada, em permanência, a segurança dos dados armazenados, nomeadamente contra acesso acidental ou propositado por terceiros e o destino dos dados no final do estudo, nomeadamente o que fica guardado, para que fins, com que medidas de proteção e durante quanto tempo, antes de serem destruídos. Realçamos que relativamente à conservação dos dados, tendo em conta o princípio da transparência associado à partilha do conhecimento, importa que os suportes de informação permaneçam devidamente

armazenados durante um tempo razoável, que permita o retorno aos dados, se necessário, após publicação / divulgação dos resultados.

No que respeita à aferição dos riscos ou incómodos, estes parecem ser inferiores ao mínimo. No entanto a reflexão sobre o balanço incómodo/benefícios para os participantes deve ser feita.

Relativamente ao processo de obtenção de consentimento informado, o texto informativo para os participantes deverá ser reformulado tendo em conta os itens da tabela 1. Tomamos a liberdade de sugerir a leitura do seguinte formulário: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Modelo_Consentimento_Investigacao.doc

É referida a existência de elos de ligação nas diferentes unidades. Estes devem ser envolvidos nas garantias de confidencialidade e respeito pela autonomia dos participantes o que poderá ser operacionalizado através de declaração a assinar pelos mesmos.

Finalmente, solicita-se declaração de conflito de interesses.

Nota adicional: Relativamente ao envio da grelha de atribuição de professores na UC de Dissertação, seria aconselhável que, em próximas ocasiões em que se dirija a entidades exteriores à faculdade, evite partilhar dados de outras pessoas.

Propomos o envio das objeções aos investigadores.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.
Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

02.11.2021

Apreciação final:

Trata-se de um estudo que pretende conhecer a perceção dos utilizadores sobre a organização prestadora de cuidados de saúde primários e sobre a consulta de enfermagem e identificar eventuais diferenças nessa avaliação, em função da tipologia de unidade e tipologia de consultas de enfermagem. O estudo segue uma metodologia observacional, transversal, correlacional que passa pela tradução e validação de um instrumento de colheita de dados e posterior aplicação do mesmo a utentes de três unidades do ACES Lisboa Norte.

Após esclarecimentos às questões iniciais enviadas no parecer intermédio, consideramos que o estudo cumpre critérios de validade cientifica, valor social e respeito pelos direitos dos participantes, pelo que propomos parecer favorável à sua concretização.

14.01.2022

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Teodor Pevec, M. D., PhD Student

General hospital Ptuj, Slovenia
E.mail: Teodor.pevec@sb-ptuj.si

Aleksandra Pisnik, PhD

Associate professor
Faculty of Economics and Business, Maribor, Slovenia
E-mail: aleksandra.pisnik@um.si

THE DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN EVALUATION SYSTEM FOR PATIENTS' ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES

UDC / UDK: 614.2:616-052
JEL classification / JEL klasifikacija: D12, I10, I11
Preliminary communication / Prethodno priopćenje
Received / Primljeno: August 28, 2017 / 28. kolovoza 2017.
Accepted for publishing / Prihvaćeno za tisak: November 28, 2017 / 28. studenog 2017.

Abstract

Background: In the service industry, perceived value is a concept of ever-increasing importance. It allows us to describe patients' perceptions of health services in a significantly more complex manner. To measure patients' perceptions of health services, we need a different measuring instrument, one that would take into account the multi-dimensional nature of perceived value. Purpose: the development and validation of a new instrument for measuring patient-reported outcomes after treatment. Methodology: the development of this instrument includes test construction, item reduction, validation, and the evaluation of its structure and internal consistency. Both exploratory and confirmatory factor analyses (EFA, CFA) were used. Results: The results of Cronbach's alpha for different constructs are: is 0.87 for Quality, 0.96 for Reputation, 0.83 for Perceived Value, 0.88 for Price, 0.89 for Satisfaction, and 0.90 for Loyalty. The values of other coefficients (Kaiser-Meyer-Olkin, Bartlett in explained variance) are also adequately high. The final absolute fit indices are: chi-square 426.3, df=137, RMSEA=0.05, NFI=0.96, CFI=0.98. Conclusion: our measuring instrument is characterized by high reliability and validity for measuring outcomes after treatment.

Keywords: perceived value, satisfaction, quality, loyalty, reputation, price, health services, measuring instrument

1. INTRODUCTION

Healthcare activities also belong to fast-growing services. The rules that apply to other kinds of services also apply in the field of health services, although there are some important differences in comparison with other services. When patients evaluate hospital services, they take into account not only the benefits they received, but also the sacrifices they made to obtain those services (Teke et al., 2012). Based on the research into other service industries (Heinonen, 2004; Sanchez et al., 2006; Shamdasani et al., 2008; Sanchez, Fernandez et al., 2009; Pisnik & Snoj, 2010), we believe that in healthcare also the concept of perceived service value represents a basic construct (LeBlanc & Nguyen, 2001; Heinonen, 2004) that defines customers' (i.e., patients') comprehensive view of the service. For this reason, it is required a closer understanding of the concept of perceived service value, which represents one of the key and basic concepts not only in marketing (Heinonen, 2004; LeBlanc,2001), but also in the business of any organization in the market.

From studies of other service industries, we also know that the concept of perceived value is the richest central concept around which revolve both the benefits (such as, most frequently described, perceived quality and reputation) and the costs (in the form of prices, both monetary and non-monetary), as well as the most important effects of perceived value—the satisfaction with performed services and customer loyalty.

The understanding of these constructs may not only lead to greater customer satisfaction, but also enhance sustainable competitive advantages. While the relationship between service quality and customer satisfaction has been well explored in the past, perceived value has remained a comparatively neglected aspect of customers' experiences (Caruana, 2000; Petrick, 2002; Gallarza, 2013) especially in healthcare, where international experiences have meanwhile shown the rising importance of this concept for healthcare. To date, the efforts to measure patients' perceptions of health services have mostly focused on satisfaction and quality (Al Abri, 2014; Batbaatar, 2015; Wu 2017), as well as using a variety of Patient Satisfaction Questionnaires (PSQ). Our critique is aimed at their common characteristic of one-dimensional presentation of patients' perceptions and their disregard of certain important elements of perceived value. Most of the one-dimensional measurements stemmed from the SERVQUAL model (Parasuraman et al., 1988), which was criticized by other scholars (Haywood Farmer, 1988) for its non-applicability in service industries, especially in healthcare (Yesilada, 2010).

In the process of writing this paper, we could not find any multi-dimensional models of health service users' perceptions that would be entirely equal to our model. Since Choi et al. (2004), Moliner (2008), Wu (2011), and Örgev (2013) did not use a uniform questionnaire for their multi-dimensional models of the perceived value of health services, we decided to create an entirely new measuring instrument for our model.

Our purpose is to present the development of this measuring instrument – a questionnaire for measuring the perceived value of health services as a multi-dimensional constuct.

2. THEORETICAL DESCRIPTION OF MODEL BASICS AND OPERATIONALISATION

2.1. Perceived value

Zeithamel's definition (1988) says that the perceived value is a ratio between what you get and what you have to sacrifice in order to obtain it. This description gives a simple one-dimensional meaning to the concept of perceived value. When evaluating their own experiences with healthcare providers, not only do the patients define the received benefits, but also the sacrifices they made in order to get the service. When they can, patients choose those providers of healthcare services whom they perceive as valued (Pan, 2011).

Many researchers (Qian et al., 2011; Cegiz & Kirkbir, 2007; Zifko-Baliga & Krampr, 1997) think that a patient's perceived value is an overall evaluation of some healthcare service, based on one's perception of what was obtained and what was invested in order to receive that service.

Choi, Cho, Lee, Lee and Kim (2004), and Ekrem and Fazil (2007) warn about the little attention paid to the operationalisation of perceived value in the area of healthcare services. At the same time, Chahal and Kumari (2012) point out that we should not entirely equate the dimensions of perceived value in healthcare services with other service activities.

2.2. Healthcare service quality

Healthcare service quality is defined as a gap between patients' expectations and perceptions about the service (Woodside, 1989). Patient expectations refer to the patient's opinion about how a certain healthcare service should be performed, and patient perceptions refer to how the patient perceives the service. Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988) chose 22 variables in order to describe five different dimensions of quality. Their measuring scale consists of 44 questions (22 for expected quality and 22 for perceived quality). Respondents' answers were measured using a 7-point Likert scale. The greater the difference (a more positive result) between the perceived and expected value, the higher the service quality.

Nowadays, a SERVQUAL model is the most widely accepted method for measuring service quality. The purpose of this method is to measure consumer expectations about certain types of services and consumer perceptions about the service rendered by some provider of a specific service. It measures the quality of services according to consumer perceptions, i.e., it is a scale that measures the gap between the expected and the perceived service with regard to the five

dimensions of quality. Those are reliability, physical evidence, responsiveness, guarantee and empathy (Cirinski, 2008).

2.3. Reputation

Due to a lack of information that would be helpful to patients when choosing a healthcare provider, this decision often depends on the reputation of healthcare providers (Dijs-Eslinga et al., 2010). Patients' experiences also affect the reputation of healthcare institutions. Patients with more experience have less trouble with evaluating healthcare providers. Satir (2006) also advises to measure the reputation of healthcare institutions according to patients' perceptions. An important article in the Healthcare Collector (2006) states that 75 percent of patients use reputation as a primary criterion for their choice. When it comes to elective (or scheduled) treatments in a specialised healthcare institution, reputation is certainly the most important psychological factor that affects a patient's decision about the institution in which the treatment will be administered. Many times the reputation of such an institution is associated merely with the reputation of a single individual. In the case of specialised institutions, patients try to identify a doctor that enjoys the highest reputation among those persons whose opinions they solicited (and information travels by word of mouth). In the research of Choi, Cho, Lee, Lee and Kim (2004) the following items were used for the operationalisation of hospital reputation:

- In your opinion, the hospital has a positive reputation.
- The hospital offers social activities.
- The hospital is sincere with its patients.
- The hospital has pleasant surroundings.
- The hospital is quiet and peaceful.
- The hospital has a considerable reputation for quality.

Chahal and Bala (2012) used the following items for the operationalisation of hospital reputation:

- In your opinion, the institution has a positive reputation.
- The institution offers social activities.
- The institution is sincere with its patients.

2.4. Healthcare service price

In the marketing literature, customer sacrifice generally refers to customers' joint costs of obtaining a product or a service. Patient sacrifice therefore refers to the overall sacrifice or joint cost of a healthcare service, i.e., the sacrifices patients make in order to gain some healthcare service. There are few studies that deal with the aspect of sacrifice in the area of healthcare services. The time spent in waiting for a service, the so-called waiting period, is certainly an important, if not the most important factor in healthcare.

Other authors, such as Sloan (1978), added a few other elements to the non-monetary price of healthcare services, e.g., the simplicity of access and waiting time in the context of a queue (Parker & Srinivasan, 1976). Psychological price factors, such as patients' fears and worries, and treatment upon admission (Thieman, 1985; Connors, 1987) were added later to the above mentioned price factors. After all, it is impossible to omit the psychological aspect because, clearly, when the patient has to be hospitalized, even if just for one night, this psychological moment factors into the price or sacrifice. Cronin, Brady, and Hult (2000) used the following items for the operationalisation of the healthcare service price:

- The price that I pay for the healthcare service.
- The time needed for this healthcare service.
- The effort that I have to put in.

2.5. Patient satisfaction

In the context of shopping, Oliver (1999) defined satisfaction as a psychological phenomenon which is a consequence of expectations based on emotions and shopping experiences. In healthcare also, the concept of patient satisfaction is a critical indicator. Providers of healthcare services must understand patients' expectations and they certainly must try to meet those expectations (Lee et al., 2010). But satisfied patients are important for healthcare providers too because such patients tend to obey all instructions of the medical personnel and build up the good reputation of their medical institution. At the same time, they are more loyal to an institution with which they are satisfied (Hekkert et al., 2009). Choi, Cho, Lee, Lee and Kim (2004) use the following two questions for the operationalisation of patient satisfaction with healthcare services:

- How satisfied are you with the service you received in the hospital?
- How satisfied are you with your decision to come to this hospital?

Marschall and Hays (1994) published a so-called short form questionnaire about patient satisfaction (Patient Satisfaction Questionnaire Short Form; PSQ-18). They understand patient satisfaction as a multi-dimensional construct, widened by including such dimensions as quality and price. In the part of the questionnaire concerning satisfaction (as other authors understand it and as we define it in the doctoral thesis), they use the following two items:

- I was dissatisfied with numerous aspects of my medical treatment.
- The healthcare service was excellent.

Örgev and Bekar (2013) measure the following items regarding patient satisfaction with healthcare services:

- I am satisfied with the healthcare service.
- My expectations were fulfilled.

- My level of satisfaction is higher in comparison with other hospitals.

Wu (2011) measures the following items regarding patient satisfaction:

- My satisfaction with the healthcare service was high.
- Satisfaction influences my decision about further visits.
- I am satisfied with the benefits I received.

Zarei, Dasneshkohan, Pouragha, Marzban and Arab (2015) used the following items regarding patient satisfaction with private healthcare institutions:

- general satisfaction with the services rendered
- satisfaction with choosing a specific hospital
- positive feelings about relations with the hospital's personnel
- satisfaction with the decision to be hospitalised in a specific hospital.

2.6. Patient loyalty

Oliver (1999) defines customer loyalty as a commitment to repeat the purchase or to use a product regularly in the future: due to loyalty, repeated purchases or uses of the same brand actually happen. Loyalty represents an intention to repeat one's purchases in the future. In the patient-provider relationship of healthcare services, we speak about emotional trust, which is different than functional trust. The studies of patient loyalty (i.e., predictions about patients' repeat visits) are important for planning the capacity of healthcare facilities. Furthermore, analyses of patient loyalty significantly contribute to quality enhancement and help reveal potential weaknesses in a treatment process (Lackland et al., 2001). Chahal and Bala (2012) use the following items for the operationalisation of patient loyalty in healthcare institutions:

- This institution is my first choice.
- I and those close to me generally visit this institution.
- I will recommend this institution to my relatives and friends.
- I will recommend this institution to everybody.
- I have a positive attitude towards this institution.
- I and those close to me will visit this institution again in case of recurring illness.
- I and those close to me will visit this institution again in case of other illnesses.
- I intend to change my healthcare institution in future.

Choi, Cho, Lee, Lee and Kim (2004) use the following items for the operationalization of patient loyalty:

- This hospital has always been my first choice.
- I and my family generally visit this hospital;
- I would recommend this hospital to others.
- I have a positive attitude towards this hospital.

- I and my relatives choose this hospital in case of recurring illness.
- I am going to choose another hospital in the future.
- I and my relatives choose this hospital in case of other illnesses.

Figure 1 shows our conceptual model of perceived value in health services, along with the constructs described above.

3. METHODOLOGY

After reviewing the existing individual evaluation systems, we designed the first questionnaire (Table 1). This questionnaire was tested on 200 patients admitted to the department of surgery for treatment, who were over 18 and cognitively completely healthy. The questionnaire was given after treatment by the same medical person, after explanation provided to patients. Likert – type scale of five points was used to the latent constructs considered in this study (1=”strongly disagree” and 5=”strongly agree”). First, we checked the coefficients of kurtosis and asymmetry. Where the coefficients were higher than plus 1 or lower than minus 1, the variables were transformed by squaring. The variables that did not fit the conditions mentioned above were eliminated.

For reliability, we used an exploratory factor analysis (EFA) and Cronbach’s alpha. In all the factor analyses, the assumptions pertinent to this method were assessed and in all cases the final factor analyses met the criteria enumerated below (Malholtra, 2004):

- The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of ratio adequacy between the number of variables and the size of the sample shows an adequate result, i.e., higher than 0.5.
- The Bartlett’s test of sphericity shows an association between variables that is statistically significant, with a risk level of less than 5% (sig.<=0.05).
- All the commonalities of the variables included in the final factor analyses are adequate, i.e., higher than 0.40.
- All the variables included in the final model did not correlate with multiple factors, i.e. the factor weights (abs.) of one factor are higher than 0.40, and the weights (abs.) of other factors (when there are more of them) were lower than 0.40 (not relevant).

Unlike CFA, EFA does not explicitly test unidimensionality (Gerbing & Anderson, 1988), which means it has to be followed by CFA. Furthermore, CFA makes it possible to estimate the reliability of the constructs of a measuring instrument, based on the value of R^2 (Diamantopoulus & Siguaw, 2000).

In addition, CFA is also used for estimating the discriminant validity of constructs, which can be estimated in the following two ways:

1. by using the Fornell-Larcker criterion (Fornell & Larcker, 1981) and
2. by using the Chi-square difference test (Joreskog & Sörbom, 1971; Gerbing & Anderson, 1988).

Based on the results of statistical analysis (Table 2) we then designed the second questionnaire (Table 3).

The second questionnaire was tested on 800 patients the same way as the pilot study. Likert – type scale of seven points was used to the latent constructs considered in this study (1=”strongly disagree” and 7=”strongly agree”). Again, we used the same methods as with the first questionnaire:

- checking kurtosis and asymmetry
- EFA and Cronbach’s alpha
- CFA by using the Fornell-Larcker criterion and the Chi-square difference test.

For complete data processing, SPSS statistical package and corresponding AMOS software were used, together with LISREL software package, depending on the available software at the time when the study was conducted.

4. RESULTS

Table 4 shows the values of Cronbach’s alpha, the explained variance, Kaiser-Meyer-Olkin’s measure of adequacy, and the statistical values of Bartlett’s test for all constructs. The initial CFA model is shown in Figure 2. This model does not fit the data well enough. RMSEA shows how well a model with optimally chosen parameters would fit the population covariance matrix. Its desirable value is less than 0.06. In the case of the model shown in Figure 2, this value equals 0.07. With NFI, we look at chi-square derivation. Its desirable value should be 0.95 or more. The model in Figure 2 has an NFI of 0.92. CFI is an indicator that compares the current and the null model. It should be 0.95 or more. In the presented model, NFI equals 0.93. GFI compares the covariance of parameters according to causal covariance. It is desirable that it be more than 0.90. The model in Figure 2 has a GFI of 0.87.

Due to inadequate statistical adjustments, we eliminated some variables and got the final CFA model (Figure 3). The final absolute fit indices are: chi-square 426.3, df=137, RMSEA=0.05, NFI=0.96, CFI=0.98. Then we made CFA for all our constructs. The purpose of this analyses is to verify the chosen global fit indices of individual constructs, to verify the statistical significance of the weights of the manifest variables (sig. ≤ 0.05), and to verify the construct’s reliability, i.e., its internal consistency, which can be determined on the basis of high R^2 values (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). In addition, the discriminant validity of individual constructs was further tested in a two-stage process by using the chi-square difference test for the nested models of all pairs of constructs (Joreskog, 1971; summarized by Gerbing & Anderson, 1988).

Table 6 shows the final questionnaire.

5. DISCUSSION

Over the last decade, increased attention has been given to measuring and improving patient experiences in healthcare (La Vela, 2014). Our study shows the development of a new evaluation system – the evaluation of healthcare services from a patient's point of view. So far, there have been different studies of perceived value, which is one of the most important contemporary marketing concepts. Based on these studies, we may deduce that the concept of perceived value can also be used to define healthcare services. We believe that the perceived value of a particular health service is determined by a ratio between its benefits and sacrifices, whereby quality, reputation, satisfaction, and loyalty represent the benefits, while the monetary and non-monetary components of price represent the sacrifices. Thus far, the descriptions of patient experiences have been based on measuring patient satisfaction and service quality. But based on the research in other fields, it is obvious that the concept of perceived value is much fuller and richer. Since we have conceived of patient perception as a multi-dimensional construct, it is clear that the old one-dimensional instruments do not apply and that we would have to create a new questionnaire.We created our first evaluation system by the operationalization of the basic elements of perceived value. After the pilot testing, we significantly reduced the number of questions. Not only did we use the basic statistical methods, but also the exploratory and confirmatory factor analyses. In this manner, we ensured a very strong statistical validity. The Cronbach's coefficient for the construct of price was too low (0.40), which revealed its low reliability. Therefore, we included additional questions in the second questionnaire. We did not have such problems with the other constructs. Since EFA, unlike CFA, does not provide the explicit testing of unidimensionality, we also performed CFA at the end. We used the Fornell-Larcker criterion (Fornell & Larcker, 1981) and the Chi-square difference test. By further eliminating the variables, we achieved a better discriminatory validity for all constructs, according to the Fornell-Larcker criterion. By using CFA, we tested the entire model and each construct of the optimised measuring instrument as well.

We then tested this evaluation system on 800 patients, refined it again, and tested it as described in the previous paragraph. Thus, we got the final questionnaire, which has excellent statistical indicators, and is both short enough and easy to use.

The first questionnaire consisted of 53 questions. After the elimination, we ended up with a questionnaire that had 19 questions and covered all six categories that we considered to be significant for the evaluation of healthcare services (quality, reputation, price, perceived value, satisfaction, loyalty). Regarding the final adequacy of the questionnaire, we believe that all chosen constructs in the questionnaire are adequate and that, by using them, we reliably present customers' (patients') perceptions of their healthcare services within the aspects of content and statistics. Since we have not found identical conceptual models in the available literature about the perceived value of healthcare services,

any comparison with other similar studies is rather difficult. Choi et al. (2004) used a questionnaire that consisted of 36 questions which determined perceived value, quality, loyalty, and reputation. Wu (2011) defined the concept of perceived value as quality, reputation, loyalty, and patient satisfaction. He did not develop a measuring scale. Teke et al. (2012) designed a questionnaire with 21 questions in which he defined perceived value as a functional value (installations, professionalism, quality), a social value, and an emotional value. Örgev and Bekar (2013), Moliner (2008) used a slightly modified Gloval scale (Sanchez et al., 2006) by which the associations between the non-monetary price, perceived value, and patient satisfaction were determined. Gloval scale does not take in account non monetary price and a risks, so he added SERPERVAL(Petrick, 2002) scale.

In a public hospital is the nonmonetary price very important, becuase the patient does know the real monetary price of the service. He can only feel the non monetary price.

Also, our study was conducted on an enviably large sample of 200 patients in the pilot study and 800 patients in the final study. None of the above-mentioned studies were conducted on such a large sample.

There remain several limitations to our findings. The questionnaire was tested in only two hospitals. Although we expected a generalized score, the validity in other settings has not yet been established. The score was tested only on surgical patients. Whether the score is effective in other fields of medicine remains uncertain.

We believe that it would be reasonable to use this questionnaire as frequently as possible in different areas of the healthcare system, different levels of treatment, and different healthcare systems. As an additional benefit, the management of a healthcare institution gets a tool for monitoring customer perspectives and for measuring potential improvements in service performance.

REFERENCES

Al-Abri, R.; Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, Vol. 29, No. 1, pp. 3-7.

Batbaatar, E.; Dorjdagva, J.; Luvsannyam, A.; Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*, Vol. 135, No. 5, pp. 243-250.

Caruana, A.; Money, A. H.; Berthon, P. R. (2000). Service quality and satisfaction – the moderating role of value. *Eur J Marketing*, Vol. 34, pp. 1338-1352.

Cengiz, E.; Kirkir, F. (2007). Customer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. *Problems and perspectives in management*, Vol. 5, No. 3, pp. 252-267.

Chahal, H.; Bala, M. (2012). Significant components of service brand equity in healthcare sector. *International Journal of Health Care*, Vol. 25, No. 4, pp. 343-362.

Choi, K.; Cho, W.; Lee, S.; Lee, H.; Kim, C. (2004). The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in healthcare provider choice: a South Korean study. *Journal of Business Research*, Vol. 57, pp. 913-921.

Cirinski, S. (2008). *Vloga tržnega komuniciranja pri oblikovanju pričakovanj o kakovosti storitev v termah Čatež, d. d.* Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Connors, E. J. (1987). Providers and Quality Assessment: We must get our act together now. *American Hospital Associatteion News*, Vol. 23, No. 23, p. 4.

Cronin, J. J.; Brady, M. K.; Hult, G. T. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer beahvioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, Vol. 76, pp. 193-218.

Diamantopoulos, A.; Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL*. London, England: SAGE Publications, Ltd.

Dijs-Elsniga, J.; Otten, W.; Verluijs, M. M. et al. (2010). Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making*, Vol. 30, pp. 544-555.

Ekrem, C.; Fazil, K. (2007). Costumer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. *Problems and Perspectives in Management*, Vol. 5, No. 3, pp. 252-268.

Fornell, C.; Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservervable variables and measurement error. *Journal of Marketing Reasearch*, Vol. 18, No. 1, pp. 39-50.

Gallarza, M. G.; Saura, I. G.; Moreno, F. A. (2013). The quality-value-satisfaction-loyalty chain: relationships and impacts. *Tourism Review*, Vol. 68, pp. 3-20.

Gerbing, D. W.; Anderson, J. C. (1988). An Updated Paradigm for Scale Development Incorporating Unidimensionality and its Assensment. *Journal of Marketing Research*, Vol. 25, pp. 186-192.

Haywood Farmer, J.; Stuart, F. (1988). *Measuring the quality of professional services. The Management of service operations, procedings of the*

third annual international conference of the uk operations management association. R. Johnston, Ed. London: University of Warwick.

Healthcare Collector (2006). *Patient perception of reputation is key*, Iss. Feb, pp. 5-6.

Heinonen, K. (2004). Reconceptualizing customer perceived value: the value of time and place. *Managing Service Quality*, Vol. 14, pp. 205-215.

Hekkert, K. D.; Cihangir, S.; Kleefstra, S. M.; Van der Berg, B.; Kool, R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, Vol. 69, pp. 68-75.

Jöreskog, K. G.; Sörbom, D. (1993). *Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language.* Upsala University.

Lackland, D.; Silvestein, M.; Zoller, J. (2001). Predicting patient intent to return from satisfaction scores. *Journal of Ambulatory Care Manegement*, Vol. 24, pp. 44-50.

LaVela, S. L.; Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, Vol. 1, pp. 28-36.

LeBlanc, G.; Nguyen, N. (2001). An exploratory study on the cues that signal value to members in retail cooperatives. *International Journal of Retail&Distribution Management*, Vol. 29, No. 1, pp. 49-59.

Lee, W. I.; Chen, C. W.; Chen, T. H.; Chen, C. Y. (2010). The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. *Afr. J. Bus. Manage*,Vol. 4, No. 4, pp. 448-458.

Malholtra, N. K.(2004). *Marketing research: methodological foundations (4th edition).* Ohio: South-Western/Thomson Learning, Mason.

Marschall, G. N.; Hays, R. D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18)*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Moliner, M. A. (2008). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, Vol. 20, No. 1, pp. 76-97.

Oliver, R. (1999). Whence customer loyalty?. *Journal of Marketing*, Vol. 63, No. 3, pp. 33-44.

Örgev, C.; Bekar, T. (2013). Non-Monetary costs, Hospital perceived value and patient satisfaction in health institutions. *International Journal of Alanya Faculty of Business*, Vol. 5, No. 2, pp. 87-97.

Pan, F. C. (2011). Perceived values on hospital services: A fuzzy logic application. *African journal of business management*, Vol. 5, No. 11, pp. 4465-4475.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A.; Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple Item Scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, pp. 12-40.

Parker, B. R.; Srinivasan, V. (1976). Consumer preference approach to the planning of rural primary healthcare facilities. *Operations Research*, Vol. 24, pp. 991-1025.

Petrick, J. F. (2002). Development of multi-dimensional scale for measuring the perceived value of a service. *J Leisure Res*, Vol. 34, pp. 119-134.

Petrick, J. F. (2002). Development of a Multi-Dimensional Scale for Measuring the perceived value of a service. *Journal of Leisure Research*, Vol. 34, No. 2, pp. 119-134.

Pevec, T.; Pisnik, A. (2016). Perceived Value Of Health Service – The Conceptual Model. *China – Usa Business Review*, Vol. 15, No. 2, pp. 80-88.

Pisnik Korda, A.; Snoj, B. (2010). Development, validity and reliability of perceived service quality in retail banking and its relationship with perceived value and customer satisfaction. *Managing Global Transitions*, Vol. 8, No. 2, pp. 187-205. Available from: http://www.fm-kp.si/zalozba/ISSN/1581-6311/8_187-205.pdf

Qian, H.; Li, G. B.; Chen, H.; Zhang, D. L. (2004). An exploratory research of patient perceived value in China. *Journal of medical marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, Vol. 11, No. 4, pp. 277-283.

Sanchez, J.; Callarisa, L.; Rodriguez, R. T.; Moliner, M. (2006). Perveived value of the purchase of a tourism product. *Tourism Management*, Vol. 27, No. 3, pp. 394-409.

Sanchez-Fernandez, R.; Iniesta-Bonillo, M. A.; Holbrook, M. B. (2009). The conceptualization and measurement of customer value in services. *International Journal of Market Research*, Vol. 51, No. 1, pp. 93-113.

Satir, C. (2006). The nature of corporate reputation and the measurement of reputation components: An empirical study within a hospital. Corporate Communications. *An International Journal*, Vol. 11, No. 1, pp. 56-63.

Shamdasani, P.; Mukherjee, A.; Malhotra, N. (2008). Antecedents and consequences of service quality in consumer evaluation of self-service Internet technologies. *The Service Industries Journal*, Vol. 28, No. 1, pp. 117-138.

Sloan, F. A. (1978). Demand for physicians Services in alternatve practice settings: A multiple logit analysis. *Quarterly review of economics and business*, Vol. 18, pp. 41-61.

Teke, A.; Cengiz, E.; Cetin, M.; Demir, C.; Kirkbir, F.; Fedei, T. (2012). Analysis of the Multi-Item Dimensionality of Patients's Perceived Value in Hospital Services. *J Med Syst*, Vol. 36, pp. 1301-1307.

Thieman, E. A. (1985). Marketing in not new to many physicians and dentists. *Journal of health care marketing*, Vol. 5, No. 3, pp. 5-6.

Woo, B. F. Y.; Lee, J. X. Y.; Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health*, Vol. 15, No. 1, p. 63.

Woodside, A. G.; Frey, L. L.; Daly, R. T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction, and behavioural intention. *Journal of Healthcare Marketing*, Vol. 9, No. 4, pp. 5-17.

Wu, C. C. (2011). The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *African Journal of Business Management*, Vol. 5, No. 12, pp. 4873-4882.

Yesilada, F.; Direktor, E. (2010). Health Care Service Quality: A Comparison of public and private hospitals. *African Journal of Businee management*, Vol. 4, No. 6, pp. 962-971.

Zarei, E.; Dasneshkohan, A.; Pouragha, B.; Marzban, S.; Arab, M. (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satifaction in private hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, Vol. 7, No. 1, pp. 1-7.

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perception of price, quality and value: a means-end-model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, Vol. 52, pp. 2-22.

Zifko-Baliga, G. M.; Krampr, R. R. (1997). Managing perceptions of hospital quality. *Market Health Serv*, pp. 29-35.

APPENDICES

Table 1

An initial questionnaire

Dear patients,

We kindly ask you to fill in the questionnaire regarding your expectations and satisfaction in consideration with a treatment in this institution. Only with the help of your answers we will be able to improve our work at the department.

We tried to form the questionnaire to take you as little time as possible.

There are available individual statements which you have to evaluate on a scale from 1 to 5, whereas the evaluation 1 means, that you absolutely do not agree with the statement, and the evaluation 5 means that you completely agree with the statement.

We are very grateful for your time and effort!

In the first part we are interested in your opinion about a quality of the service.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
Q1	In this institution a patient is the centre of a treatment	1	2	3	4	5
Q2	In this institution health problems are adequately treated.	1	2	3	4	5
Q3	The personnel of this institution treats patients with a great deal of politeness.	1	2	3	4	5
Q4	The personnel of this institution acts in a stimulating way.	1	2	3	4	5
Q5	The personnel of this institution works with a modern equipment.	1	2	3	4	5
Q6	The personnel of this institution usually gives me correct answers to my questions.	1	2	3	4	5
Q7	The personnel of this institution is always prepared to help me.	1	2	3	4	5
Q8	The personnel of this institution talks to patients in an adequate tone.	1	2	3	4	5
Q9	The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	1	2	3	4	5
Q10	The personnel of this institution helps in an adequate and quick way.	1	2	3	4	5
Q11	The personnel of this institution is friendly.	1	2	3	4	5
Q12	The personnel of this institution is of orderly appearance.	1	2	3	4	5
Q13	The personnel of this institution respects my privacy.	1	2	3	4	5
Q14	The personnel of this institution performs services according to the promises.	1	2	3	4	5
Q15	The personnel of this institution took a quick care of me.	1	2	3	4	5
Q16	The personnel of this institution is familiar with its area of work.	1	2	3	4	5
Q17	The personnel of this institution is well trained and familiar with trends.	1	2	3	4	5
Q18	I trust advice which I receive in this institution.	1	2	3	4	5
Q19	Places of this institution are clean.	1	2	3	4	5
Q20	Interior arrangement and organisation of this institution arise trust and homeliness in my perception.	1	2	3	4	5

Q21	This institution has an appropriate parking place.	1	2	3	4	5
Q22	This institution has enough personnel who is able to pay attention to each individual patient.	1	2	3	4	5
Q23	This institution is situated in a good location.	1	2	3	4	5
Q24	Working time of this institution is adjusted to patients.	1	2	3	4	5

In the second part we are interested in your opinion about reputation of this institution.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
R1	This is a reputable institution.	1	2	3	4	5
R2	This is a trustworthy institution.	1	2	3	4	5
R3	This institution has a good status in the surrounding.	1	2	3	4	5
R4	The employees of this institution are very respected in public.	1	2	3	4	5
R5	The management of this institution is very respected in public.	1	2	3	4	5
R6	Media usually report positively on this institution.	1	2	3	4	5
R7	This is a successful institution.	1	2	3	4	5
R8	My friends and relatives think highly of this institution.	1	2	3	4	5

In the third part we are interested in your opinion about a perceived value of this institution.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
PV1	This institution offers me a lot of benefits.	1	2	3	4	5
PV2	In this institution ratio between all the received benefits and all losses that I have at the same time is fair.	1	2	3	4	5
PV3	I perceive more good than bad things in this institution.	1	2	3	4	5
PV4	All in all, this is the institution with a high value of services.	1	2	3	4	5
PV5	Expenses, which I have when visiting this institution, are acceptable to me.	1	2	3	4	5

In the fourth part we are interested in your opinion about non-monetary expense aspects which you perceive while being treated in this institution.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
P1	There are often waiting queues in this institution.	1	2	3	4	5
P2	Work runs quickly in this institution.	1	2	3	4	5
P3	A visit to this institution is very stressful for me.	1	2	3	4	5
P4	I think that my friends and relatives would have a better opinion about me, if I visited another institution of its sort.	1	2	3	4	5
P5	A treatment in this institution represents a great deal of expense to me.	1	2	3	4	5

In the fifth part we are interested in your opinion about satisfaction regarding a treatment in this institution.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
SAT1	All in all, I am satisfied with services of this institution.	1	2	3	4	5
SAT2	I am satisfied with doctors' work.	1	2	3	4	5
SAT3	I am satisfied with work of nurses and other non-medical	1	2	3	4	5

	personnel.					
SAT4	Services of this institution fulfil my expectations.	1	2	3	4	5
SAT5	In comparison with other institutions of this sort, a level of satisfaction in this institution is high.	1	2	3	4	5
SAT6	A decision to visit this institution was a smart decision.	1	2	3	4	5
SAT7	I have mostly good experience with this institution.	1	2	3	4	5

In the sixth part we are interested in your opinion about loyalty to this institution.

A CODE	A STATEMENT	1	2	3	4	5
LOY1	If I need a medical help ever again, I will choose this institution.	1	2	3	4	5
LOY2	I will recommend this health institution to anyone who will ask me for advice.	1	2	3	4	5
LOY3	I always speak positively about this health institution.	1	2	3	4	5
LOY4	I will become a client of another institution of its sort.	1	2	3	4	5

Table 2

Statistical parameters of first questionnaire

	Q	R	PV	P	S	L
CRONBACH	0,94	0,95	0,90	0,40	0,93	0,90
KMO	0,94	0,93	0,88	0,50	0,92	0,79
BARLETT (p)	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EXPLAINED VARIANCE (%)	64	74	73	65	70	83

CRONBACH…Cronbachov coefficient α

KMO…Kaiser - Meyer – Olkin

BARLETT…Barlett test

Q…Quality

R…Reputation

PV…Perceived value

P…Price

S…Satisfaction

L…Loyalty

Table 3

A second questionnaire

DATE OF REALISATION:	ANONYMOUS SURVEY	

Dear patients,
We kindly ask you to fill in the questionnaire regarding your expectations and satisfaction in consideration with a treatment in this institution. Only with the help of your answers we will be able to improve our work at the department.
There are available individual statements which you have to evaluate on a scale from 1 to 7, whereas the evaluation 1 means, that you absolutely do not agree with the statement, and the evaluation 7 means that you completely agree with the statement. (Circle a number from 1 to 7)

V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	1	2	3	4	5	6	7
The personnel of this institution helps in an adequate and quick way.	1	2	3	4	5	6	7
The personnel of this institution is familiar with its area of work.	1	2	3	4	5	6	7
The personnel of this institution is well trained and familiar with trends.	1	2	3	4	5	6	7

V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
This is a reputable institution.	1	2	3	4	5	6	7
This is a trustworthy institution.	1	2	3	4	5	6	7
This institution has a good status in the surrounding.	1	2	3	4	5	6	7
The employees of this institution are very respected in public.	1	2	3	4	5	6	7
The management of this institution is very respected in public.	1	2	3	4	5	6	7
Media usually report positively on this institution.	1	2	3	4	5	6	7
This is a successful institution.	1	2	3	4	5	6	7
My friends and relatives think highly of this institution.	1	2	3	4	5	6	7

V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
I perceive more good than bad things in this institution.	1	2	3	4	5	6	7
All in all, this is the institution with a high value of services.	1	2	3	4	5	6	7
This institution has a good ratio between all the received benefits and all losses that I have at the same time.	1	2	3	4	5	6	7
They try to perform the work well in this institution.	1	2	3	4	5	6	7

V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects of the visit:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
Work runs quickly in this institution.	1	2	3	4	5	6	7
A visit to this institution ruins my other plans, which leads to inconvenient situations.	1	2	3	4	5	6	7
A treatment in this institution represents a great deal of expense to me.	1	2	3	4	5	6	7
A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).	1	2	3	4	5	6	7
A visit to this institution is connected with non-material expenses (it takes me a lot of time, I wait for an examination for a long time …).	1	2	3	4	5	6	7

V5: SATISFACTION with a treatment in the hospital:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
Services of this institution fulfil my expectations.	1	2	3	4	5	6	7
A decision to visit this institution was a smart decision.	1	2	3	4	5	6	7
I have mostly good experience with this institution.	1	2	3	4	5	6	7
It came to my notice that other people have good experience with this institution.	1	2	3	4	5	6	7

V6: RECOMMENDATIONS:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
I will again choose this institution in the future in case I need it.	1	2	3	4	5	6	7
I would be happy to recommend this institution also to other people.	1	2	3	4	5	6	7
I always speak positively about this health institution.	1	2	3	4	5	6	7
Even if there were more similar institutions nearby, I would prefer this institution to the others.	1	2	3	4	5	6	7

Table 4

Statistical parameters of second questionnaire

	Q	R	PV	P	S	L
CRONBACH	0,87	0,96	0,83	0,88	0,89	0,90
KMO	0,82	0,94	0,83	0,82	0,80	0,82
BARLETT (p)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXPLAINED VARIANCE (%)	72,2	76,8	67,7	65	76,1	77,4

CRONBACH…Cronbachov coefficient α

KMO…Kaiser - Meyer – Olkin

BARLETT…Barlett test

Q…Quality

R…Reputation

PV…Perceived value

P…Price

S…Satisfaction

L…Loyalty

Table 5

CFA for a different constructs

	R^2	STAND. ITEMS	AVE	CR
QUALITY			0,72	0,88
The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	0,99	1,0		
The personnel of this institution helps in an adequate and quick way	0,59	0,77		
The personnel of this institution is familiar with its area of work.	0,57	0,75		
SATISFACTION			0,69	0,87
A decision to visit this institution was a smart decision.	0,52	0,72		
I have mostly good experience with this institution.	0,99	1,00		
It came to my notice that other people have good experience with this institution.	0,57	0,75		
REPUTATION			0,80	0,94
This institution has a good status in the surrounding	0,78	0,88		
The employees of this institution are very respected in public.	0,82	0,91		
The management of this institution is very respected in public.	0,84	0,92		
Media usually report positively on this institution.	0,78	0,88		
PERCEIVED VALUE			0,68	0,86
I perceive more good than bad things in this institution.	0,53	0,73		
All in all, this is the institution with a high value of services	0,50	0,97		
This institution has a good ratio between all the received benefits and all losses that I have at the same time.	0,99	0,71		
PRICE			0,72	0,88
A visit to this institution ruins my other plans, which leads to inconvenient situations.	0,55	0,74		
A treatment in this institution represents a great deal of expense to me.	1,00	1,00		
A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).	0,60	0,77		
LOYALTY			0,78	0,91
I always speak positively about this health institution.	0,67	0,82		
I will again choose this institution in the future in case I need it.	0,66	0,81		
I would be happy to recommend this institution also to other people.	0,99	1,0		

R-square can take on any value between 0 and 1, with a value closer to 1 indicating that a greater proportion of variance is accounted for by the model

STANDARD ITEM..should beb > 0,70

CR…should be > 0,7

AVE..should be > 0,5

Table 6.

A final questionnaire

DATE OF REALISATION:	ANONYMOUS SURVEY	

Dear patients,
We kindly ask you to fill in the questionnaire regarding your expectations and satisfaction in consideration with a treatment in this institution. Only with the help of your answers we will be able to improve our work at the department.
There are available individual statements which you have to evaluate on a scale from 1 to 7, whereas the evaluation 1 means, that you absolutely do not agree with the statement, and the evaluation 7 means that you completely agree with the statement. (Circle a number from 1 to 7)

V1: A QUALITY OF THE SERVICE and the personnel in the hospital:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
The personnel of this institution makes me feel safe during a treatment.	1	2	3	4	5	6	7
The personnel of this institution helps in an adequate and quick way.	1	2	3	4	5	6	7
The personnel of this institution is familiar with its area of work.	1	2	3	4	5	6	7

V2: GENERAL REPUTATION OF THE HOSPITAL and the personnel:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
This institution has a good status in the surrounding.	1	2	3	4	5	6	7
The employees of this institution are very respected in public.	1	2	3	4	5	6	7
The management of this institution is very respected in public.	1	2	3	4	5	6	7
Media usually report positively on this institution.	1	2	3	4	5	6	7

V3: A PERCEIVED VALUE OF THE HOSPITAL:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
I perceive more good than bad things in this institution.	1	2	3	4	5	6	7
All in all, this is the institution with a high value of services.	1	2	3	4	5	6	7
This institution has a good ratio between all the received benefits and all losses that I have at the same time.	1	2	3	4	5	6	7

V4: TIMELINE AND EXPENSE aspects of the visit:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
A visit to this institution ruins my other plans, which leads to inconvenient situations.	1	2	3	4	5	6	7
A treatment in this institution represents a great deal of expense to me.	1	2	3	4	5	6	7
A visit to this institution is connected with material expenses (travel expenses, a parking fee, a loss of earnings, payment of the service).	1	2	3	4	5	6	7

V5: SATISFACTION with a treatment in the hospital:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
A decision to visit this institution was a smart decision.	1	2	3	4	5	6	7
I have mostly good experience with this institution.	1	2	3	4	5	6	7
It came to my notice that other people have good experience with this institution.	1	2	3	4	5	6	7

V6: RECOMMENDATIONS:	I absolutely do NOT agree						I absolutely agree
I will again choose this institution in the future in case I need it.	1	2	3	4	5	6	7
I would be happy to recommend this institution also to other people.	1	2	3	4	5	6	7
I always speak positively about this health institution.	1	2	3	4	5	6	7

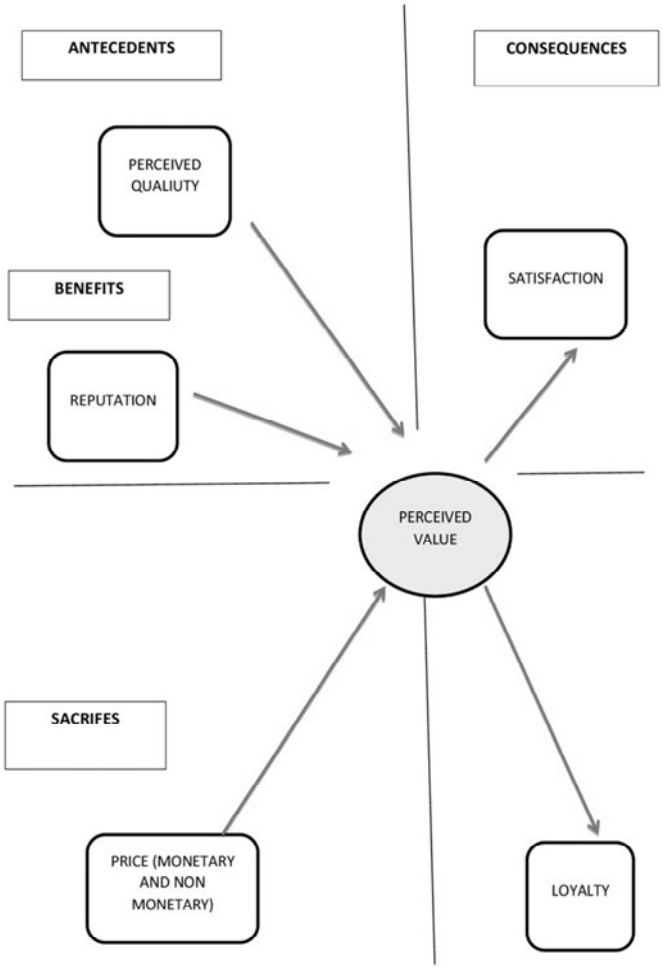


Figure 1. Our conceptual model for perceived value in health services

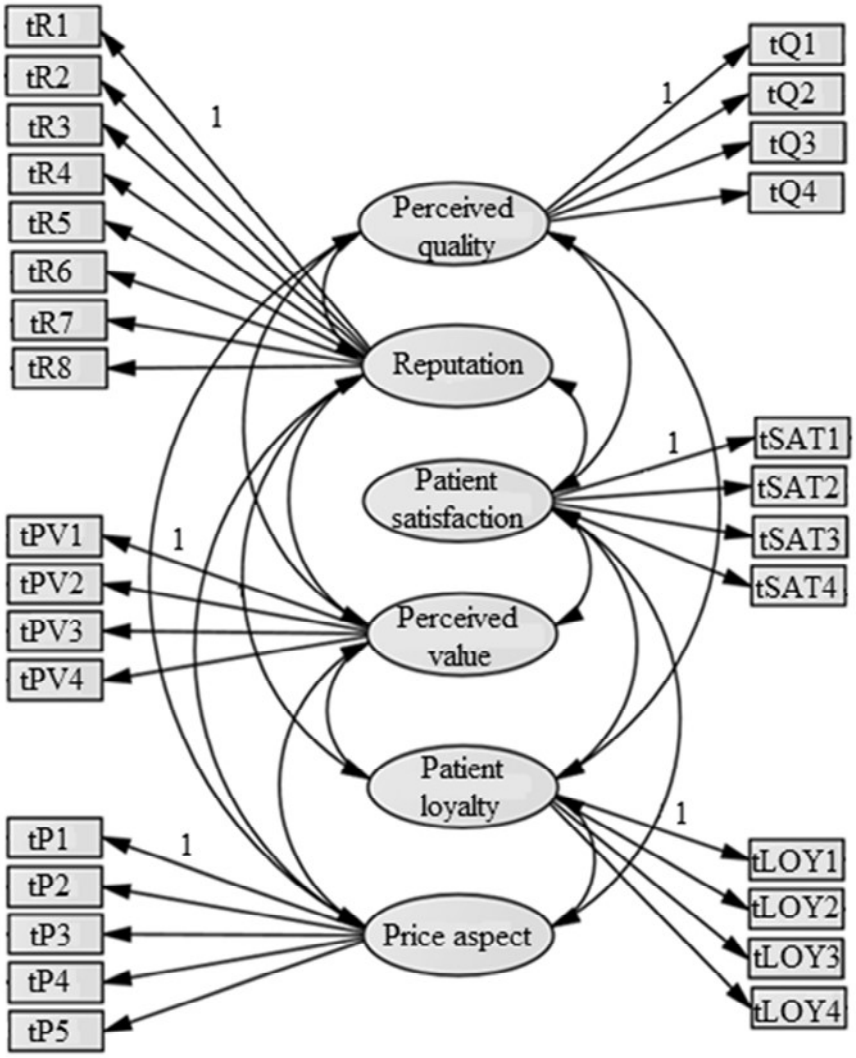


Figure 2. The initial CFA model with all the constructs and the manifested variables

In Figure 2, the connection between the constructs (a) appear as curved lines with double arrows between the Ellipse (the ellipse are constructs). AVE statistics (b) is based on the weights, which are in Figure 2 shown as arrows between the constructs (Ellipse) and the manifested variables (rectangles).

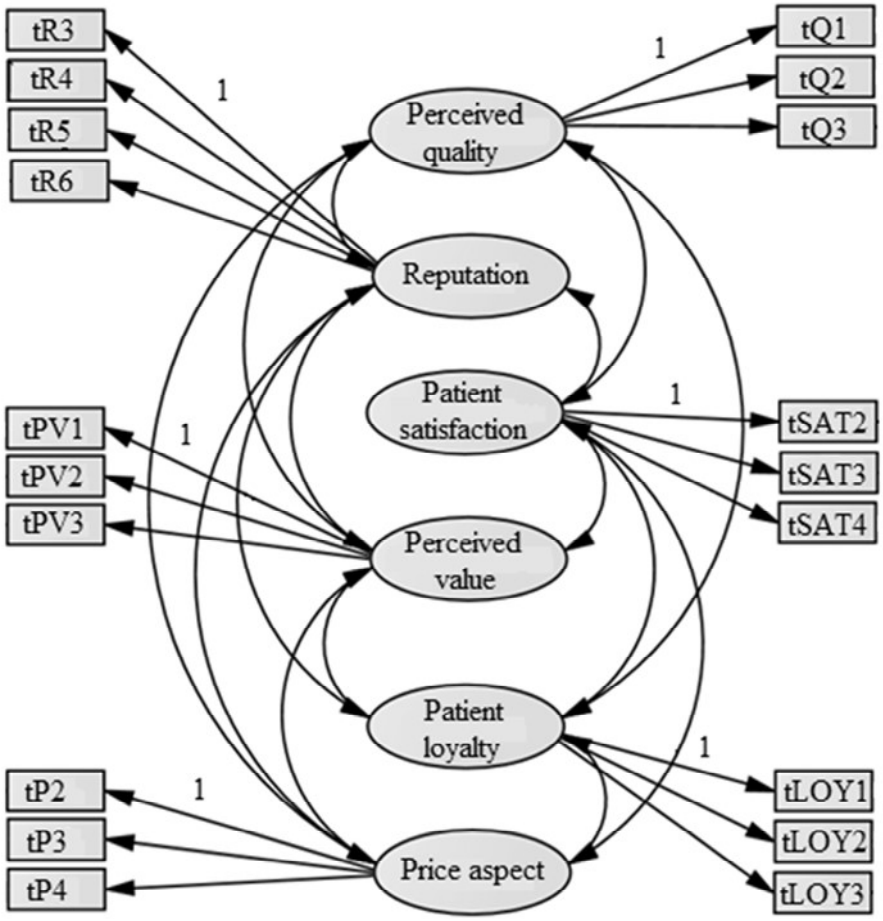


Figure 3. The final CFA model with all the constructs and optimized manifested variables

In Figure 3, the connection between the constructs (a) appear as curved lines with double arrows between the Ellipse (the ellipse are constructs). AVE statistics (b) is based on the weights, which are in Figure 3 shown as arrows between the constructs (Ellipse) and the manifested variables (rectangles).

Teodor Pevec, dr. med., doktorand

Opća bolnica Ptuj, Slovenija
E-mail: Teodor.pevec@sb-ptuj.si

Dr. sc. Aleksandra Pisnik

Izvanredna profesorica
Ekonomski fakultet, Maribor, Slovenija
E-mail: aleksandra.pisnik@um.si

RAZVOJ I VALIDACIJA EVALUACIJSKOG SUSTAVA ZA PACIJENTOVU PROCJENU ZDRAVSTVENIH USLUGA

Sažetak

Pozadina: percipirana vrijednost usluge predstavlja sve važniji koncept u uslužnoj djelatnosti, s pomoću kojega pacijentovu percepciju zdravstvene usluge možemo opisati na značajno složeniji način. Za mjerenje pacijentove percepcije zdravstvene usluge potreban nam je drugačiji mjerni instrument, koji će uzimati u obzir višedimenzionalnost percipirane vrijednosti. Svrha: razviti i validirati novi instrument kojim bi se mjerila pacijentova procjena zdravstvenih usluga nakon tretmana. Metode: razvoj instrumenta sastojao se od izrade testa, smanjenja broja stavki, validacije, evaluacije strukturne i interne konzistentnosti. Koristile su se i eksploratorna i konfirmatorna faktorska analiza (EFA, CFA). Rezultati Crombachova koeficijenta za različite konstrukte iznose: za kvalitetu 0,87, za reputaciju 0,96, za percipiranu vrijednost 0,83, za cijenu 0,88, za zadovoljstvo 0,89, za lojalnost 0,90. Vrijednosti drugih koeficijenata (Kaiser – Meyer – Olkin, Bartlett u objašnjenoj varijanci) također su primjereno visoke. Konačni apsolutni indeksi odgovaranja jesu: Chi-SQUARE 426,3, df = 137, RMSEA = 0,05, NFI = 0,96, CFI = 0,98. Zaključak: mjerni instrument ima karakteristike visoke pouzdanosti i validnosti za mjerenje ishoda nakon tretmana.

Ključne riječi: percipirana vrijednost, zadovoljstvo, kvaliteta, lojalnost, reputacija, cijena, zdravstvene usluge, mjerni instrument

JEL klasifikacija: D12, I10, I11

sciendo

10.2478/sjph-2018-0022 Zdr Varst. 2018;57(4):175-182

Pevec T, Pisnik A. Empirical evaluation of a conceptual model for the perceived value of health services. Zdr Varst. 2018;57(4):175-182.
doi: 10.2478/sjph-2018-0022.

EMPIRICAL EVALUATION OF A CONCEPTUAL MODEL FOR THE PERCEIVED VALUE OF HEALTH SERVICES

EMPIRIČNO PREVERJANJE KONCEPTUALNEGA MODELA ZAZNANE VREDNOSTI ZDRAVSTVENE STORITVE

Teodor PEVEC[1*], Aleksandra PISNIK[2]

[1]General Hospital Ptuj, Surgery Department, Potrčeva 23, 2250 Ptuj, Slovenia
[2]University of Maribor, Faculty of Economics and Business, Razlagova 14, 2000 Maribor, Slovenia

Received: Dec 2, 2017
Accepted: May 22, 2018

Original scientific article

ABSTRACT

Introduction: Perceived value and its antecedents and consequences have been claimed to be important in industries with higher customer involvement. The aim of this paper is therefore to empirically assess the conceptual model, with perceived service value as its central component. It also investigates how it affects loyalty and satisfaction, how it is influenced by its antecedents, and to compare with other studies investigating partial relationship between variables.

Methods: A total of 800 patients were enrolled in the main study, and the data was analysed using exploratory and confirmatory factor analyses. By modelling linear structural equations, we assessed reliability and established the convergent and discriminant validity of the questionnaire in the same way as in the pilot study.

Results: In the conceptual model for testing our hypotheses, we also included the relationship between patient satisfaction and loyalty. In this manner, the fitting of data to the model was significantly improved. After including the additional relationship, global fit indices had the following values: Chi-square=349.6 (sig.=0.00), df=143, RMSEA=0.05, NFI=0.96, CFI=0.97. All relationships between the constructs were statistically significant, thus confirming all our hypotheses.

Conclusions: The major conclusion of this paper is that an especially higher reputation and higher perceived service quality can contribute to perceived service value and therefore to more satisfied patients. The research approach has a few limitations. In the future, the model of perceived service value can be extended with variables such as emotions, patient trust, and commitment as well.

Keywords:
health services, perceived value, satisfaction, loyalty, reputation, quality, price, factor analysis, linear structural equation modelling

IZVLEČEK

Uvod: *Koncept zaznane vrednosti storitev spada s svojimi predhodniki in posledicami med temeljne koncepte predvsem v storitveni dejavnosti. Namen članka je empirična preverba konceptualnega modela zdravstvenih storitev z njihovo zaznano vrednostjo kot središčno komponento ter povezav s predhodniki (zaznana kakovost storitve, cena, ugled) in posledicami (zadovoljstvo, zvestoba).*

Metode: *Za razvoj merilnega instrumenta smo naredili pilotno raziskavo, s čimer smo preverili zanesljivost in veljavnost vprašalnika. Uporabili smo eksploratorno (EFA) in konfirmatorno (CFA) faktorsko analizo ter Cronbachov koeficient alfa. V glavno raziskavo smo vključili 800 bolnikov. S pomočjo linearnih strukturnih enačb smo testirali hipoteze.*

Rezultati: *V naš model smo dodatno vključili še povezavo med zadovoljstvom in zvestobo. Na ta način smo dobili tako vsebinsko kot statistično ustrezen model. Med samimi gradniki so bile različno močne povezave, ki pa so bile vse statistično potrjene, tako da smo potrdili vse naše hipoteze. Indeksi globalne ustreznosti kažejo, da smo izbrali primeren model (Hi-kvadrat 349,6, df = 143, RMSEA = 0,05, NFI = 0,96, CFI = 0,97).*

Zaključki: *Večji ugled in zaznana višja kakovost storitve vodita v zaznano večjo vrednost storitve in k zadovoljnejšim bolnikom. V prihodnosti bomo razširili model zaznane vrednosti storitev s spremenljivkami, kot so čustva, zaupanje, predanost.*

Ključne besede:
zdravstvene storitve, zaznana vrednost, zadovoljstvo, zvestoba, ugled, kakovost, cena, faktorska analiza, modeliranje z linearnimi enačbami

***Corresponding author:** Tel. + 386 41 650 335; E-mail: teodor.pevec@sb-ptuj.si

© National Institute of Public Health, Slovenia.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License. (CC BY-NC-ND 3.0).

1 INTRODUCTION

In recent decades, the entire world economy has seen a rise in the importance of services due to their ever-increasing share in national GDPs, especially in the so-called emerging economies, such as Slovenia. This trend is reflected in the vast number of research projects that are service-focused (1). Perceived service value and its antecedents and consequences are considered important in industries with higher customer involvement (2), where the relationship and cooperation between the provider and the customer are of high significance, such as in the health sector. Suppliers require a closer understanding of the concept of perceived service value, which represents one of the key and basic concepts, not only in marketing (3, 4), but also in the business of any organisation in the market. Using insights from other services, such as Hospitality (5), Internet Banking (4, 6), Banking (7), and Tourism (8), in which the concept of perceived service value has been explored thoroughly and tested empirically, we have transferred this concept to the field of Healthcare Services and defined its elements and the relationships between them. Furthermore, results of prior research (9) have shown that both perceived service value and perceived service quality dimensions should be incorporated into customer satisfaction models to provide a more complete picture of the drivers of satisfaction.

In previous studies the authors focused on the connections between individual elements, for instance, the effect of reputation on quality, satisfaction, and loyalty (10), the relationship between satisfaction and loyalty (11), the relationship between quality, satisfaction, and value (12), the relationship between non-monetary price, perceived value, and satisfaction (13), or they tried to determine the dimensions of perceived service value (14–16). From additional studies of other service industries, we know that the concept of perceived service value is the concept around which revolve both the benefits, such as the most frequently described perceived service quality and reputation and the costs in the form of prices, both monetary and non-monetary. On the other hand, customer satisfaction with performed services and customer loyalty are the most researched consequences of perceived service value.

While the relationship between perceived service quality and customer satisfaction has been well explored in the past, perceived service value has remained a comparatively neglected aspect of customers' experiences (17–19), especially in the healthcare industry, where international experiences have shown the rising importance of this concept in healthcare.

The aim of this paper is to assess the conceptual model empirically, with perceived service value being its central component. Examining the perceived service value of health services in an emerging economy makes sense from the scientific, as well as from the professional point of view. Customer behaviour in general, as well as perceived service value, has been studied mainly from a rational perspective. Nowadays, especially in the services` context, increasing attention is being paid to emotional components. From that point of view, it is necessary to incorporate not only a cognitive variable, but also affective variables into the research of perceived service value (8). Furthermore, in health services, previous research usually used different criteria, which were primarily economic in nature, with objective measures, neglecting more subjective aspects, in particular, perceived service quality (20) or perceived service value. With changes in emerging economies, where private competitors in the sector of health care evoke, it is important to understand what activities contribute to more satisfied customers and, consequently, to sustainable competitive advantage. Therefore, our aim is to contribute to the field with incorporating more subjective aspects into the research of perceived service value in healthcare.

To analyse direct and indirect relationships between researched concepts, we used structural equation modelling, a multivariate method, which, in contrast to ordinary regression analysis, considers all the variables in the model simultaneously instead of separately (21).

1.1 Theoretical Description of Model Elements and Hypotheses` Development

Zeithaml's definition (22) states that the perceived service value is a ratio between what you gain and what you have to sacrifice for it. When possible, patients chose those healthcare providers they perceive as valuable (16). Numerous researchers (23–25) have claimed that the perceived service value set by a patient represents an overall assessment of a health service, which is based on patients' perceptions of what was gained and what was invested. As the consequences of perceived service value for patients, various authors have listed (26–28) patients' satisfaction and loyalty.

In general, perceived service quality is one of the most important benefits for the customer. In healthcare, perceived service quality is defined as the gap between patients' expectations and their perceptions of health services (29). Also, two dimensions of perceived service quality are distinguished in the field of healthcare, namely, technical and functional quality (30). Technical quality in the healthcare industry refers to the accuracy of diagnostic and therapeutic processes; whereas functional dimension refers to the manner and behaviour of the healthcare providers during the service delivery process.

The next benefit for the customers, in general, is reputation. Due to the lack of information that would

be helpful to patients in selecting their healthcare providers, their choice often depends on the reputation of health services providers (31). Satir (32) suggested that the reputation of medical institutions should be assessed through patients' perceptions. The public sector is thought to be a knowledge-based industry, whose reputation depends on the perception that customers have of its services (33). Hibbard et al. (34) believe that a diminished hospital reputation can easily lead to a considerable drop in patient visits. A relevant article in Healthcare Collector (35) informs us that as much as 75% of patients use reputation as their primary criterion of choice. In specialised institutions, patients try to seek out those doctors who have gained more respect in the eyes of the people whose opinions they solicited (information by word of mouth).

On the 'give' side of perceived service value equation price (36) is among the most important, because it is something that the customer has to consider sacrifice in order to obtain some products. The definition of price as a sacrifice is in line with other researchers' conceptualizations of this notion (37). For Hafer (37), this sacrifice includes, in the strictest sense, the monetary and non-monetary elements of the price, as well as the risks attached to the services rendered. The non-monetary element of the price is exclusively a function of time, and Hafer distinguishes between the time needed to get to the service provider, the time spent waiting for the service, and the time needed to finish the rehabilitation after the service is performed. Certainly, time spent waiting for some services to be performed is very important and may even be the most important aspect of health services. Other scholars include additional elements in the concept of non-monetary price. For instance, Sloan (38), included ease of access and the waiting time for the service, i.e., the waiting queue (39). Furthermore, certain psychological factors are also added to the aforementioned elements of the price, such as the patient's fear or apprehension, and the treatment upon admission to the facility for treatment (40, 41).

Considering the consequences of perceived service value, customer satisfaction is one of those mentioned most commonly. Oliver (42) defined satisfaction as a psychological phenomenon that results from one's expectations about the emotions and experiences prompted by a purchase. If a patient's expectations have been met, it results in their satisfaction. As stated, perceived service quality is defined as the difference between the expected and the perceived. The response to this is shown as satisfaction. Therefore, perceived service quality is an antecedent of customer satisfaction. Likewise, in healthcare, patient satisfaction represents a key indicator. Healthcare providers must understand their patients' expectations and strive to fulfil them (43). Satisfied patients are important for healthcare providers too, because they tend to obey all instructions given by medical personnel, they spread positive reviews, and are more loyal to institutions with which they are satisfied (44).

The next consequence of perceived service value, customer loyalty, is defined by Oliver (42) as a commitment to repeat purchases, or the regular use of a product in the future, that actually leads to repeat purchases or the use of the same brand. Patient loyalty may be viewed more appropriately as a behavioural intention. Regardless of whether the discussion focuses on patient loyalty in the healthcare context, there is no question that the same benefits of customer loyalty apply – whether it is a hospital, bank, or retail business. Patients are loyal because they were satisfied in the past, so it is more important to find out why they were either satisfied or dissatisfied.

1.1.1 Hypotheses

Perceived service value is a customer's perception of the perceived service quality in comparison with other service providers (12).

Likewise, authors such as Cronin, Brady, and Hult (41) found that, besides the direct impact of perceived service quality on perceived service value, perceived service quality influences customer satisfaction.

H1: The higher the perceived service quality of a health service, the higher its perceived service value.

H2: The higher the perceived service quality of a health service, the higher the patient satisfaction.

Reputation plays an important role in distinguishing between different healthcare service providers (45). Researchers such as Chen (46) and Wood (47) show a positive connection between reputation and the perceived service value and quality of services.

H3: The higher the reputation of a health service provider, the higher its perceived service quality.

H4: The higher the reputation of a health service provider, the higher its perceived service value.

Higher perceived service value leads to higher satisfaction (48). In the long term, service providers' success is linked to customer loyalty (48). Atilgan, Askoy, and Akinci (49) believe that customer loyalty is strongly linked to perceived value.

H5: The higher the perceived service value of a health service, the higher the patient satisfaction.

H6: The higher the perceived service value of a health service, the higher the patient loyalty.

There are more uncertainties when describing the relationship between perceived service quality and perceived price. The meta-analysis of Hussey, Wertheimer, and Mehrota (50), which includes all relevant studies analysing the influence of prices on the quality of health services, concluded that the connection is inconsistent, or the connection is either negative or positive. On the other hand, numerous researchers (51, 52) have proposed that higher perceived prices lead to higher perceived service quality. Jensen's study (53) showed that health service users are willing to pay more for higher quality services because they believe that higher prices mean higher quality. Tellis and Geath (54) also claimed that customers use prices as quality indicators.

H7: The higher the perceived price of a health service, the higher its perceived service quality.

The price has a double impact on the perceived service value. As a factor of sacrifices, it lowers the perceived service value. Anything built into health care services to reduce price, time, effort can cause an increase in hospital perceived service value, but, on the other hand, it has a positive impact on the perceived service quality and, through this impact, it has an indirect, positive effect on perceived service value.

This is why we expect that the perceived price will have a small negative impact on the perceived service value.

H8: The lower the perceived price of a health service, the higher its perceived service value.

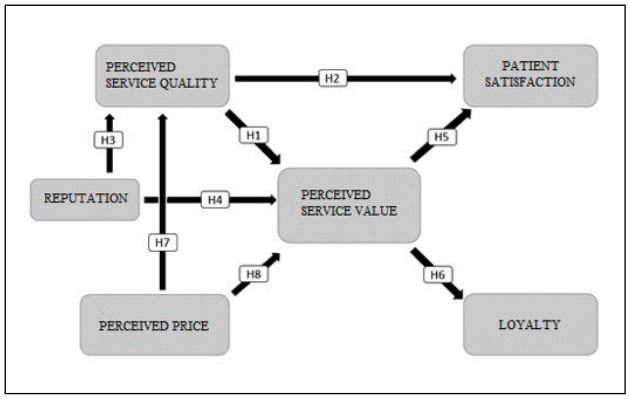


Figure 1. Conceptual model, relationships between elements of them, and hypotheses.

2 METHODS

2.1 Measurement Instrument Development

The measurement instrument for the empirical study was developed in two steps. First, after the literature review, some of the relevant items were identified for the questionnaire.

In the second step, a pilot survey was conducted on a sample of 200 patients. A 5-point Likert-type scale was used to measure the latent constructs in this study (1="strongly disagree" and 5="strongly agree"). The first questionnaire consisted of 53 questions. For reliability, we used an Exploratory Factor Analysis (EFA) and Cronbach's alpha. In all the factor analyses, the assumptions pertinent to this method were assessed, and, in all cases, the final factor analyses met the criteria (55).

The Cronbach's coefficient for the construct of price was too low (0.40), which revealed its low reliability. Therefore, we included additional questions in the second questionnaire. We did not have such problems with the other constructs.

Unlike CFA, EFA does not test unidimensionality explicitly (56), which means it has to be followed by CFA. Furthermore, CFA makes it possible to estimate the reliability of the constructs of a measuring instrument, based on the value of R2 (57). In addition, CFA is also used for estimating the discriminant validity of constructs, which can be estimated in the following two ways: Using the Fornell-Larcker criterion (21) and the Chi-square difference test (56, 58). Based on the results of statistical analysis, we designed the second questionnaire (59) with 29 questions that covered all six categories. The items in the second questionnaire were measured on a 7-point Likert scale (from 1="strongly disagree" to 7="strongly agree"). After all statistical procedures, three items were used to measure perceived service quality, three were used for perceived price (1 for non-monetary price, and 2 for monetary price), four for reputation, three for perceived service value, three for patient satisfaction, and three for patient loyalty.

For complete data processing, the SPSS statistical package and corresponding AMOS software were used, together with a LISREL software package.

2.2 Sampling and Data Collection

We enrolled 800 patients, 18 years of age or older, and who were intellectually capable of filling out the questionnaire after finishing their treatment. The questionnaire was given to all the patients in the ward. The response rate was 100%. The time period in which data collection took place was four months. We used a convenience sample and included those patients who were easy to obtain; in our case, we focused on patients in one private and one public hospital who were, at the time, patients in the Surgical Department.

The patients received instructions on how to complete the questionnaire, which was anonymous, and it was answered with a pen on a paper form.

3 RESULTS

Cronbach's α for the construct of perceived service quality was 0.87, reputation 0.96, perceived service value 0.83, price 0.88, satisfaction 0.89, and loyalty 0.90. In the conceptual model for testing our hypotheses, we included additionally the relationship between patient satisfaction and loyalty. In this manner, the fitting of data to the model was improved significantly. Before including the additional relationship, global fit indices had the following values: Chi-square=421 (sig.=0.00), df=144, RMSEA=0.08, NFI=0.93, CFI=0.94.

After including the additional relationship, global fit indices had the following values: Chi-square=349.6 (sig.=0.00), df=143, RMSEA=0.05, NFI=0.96, CFI=0.97.

RMSEA shows how well a model with optimally chosen parameters would fit the population covariance matrix. Its desirable value is less than 0.06. With NFI, we looked at the Chi-square derivation. Its desirable value should be 0.95 or more. CFI is an indicator that compares the current and the null model that should be 0.95 or more.

All relationships between the constructs (Figure 2) were statistically significant, thus confirming all our hypotheses.

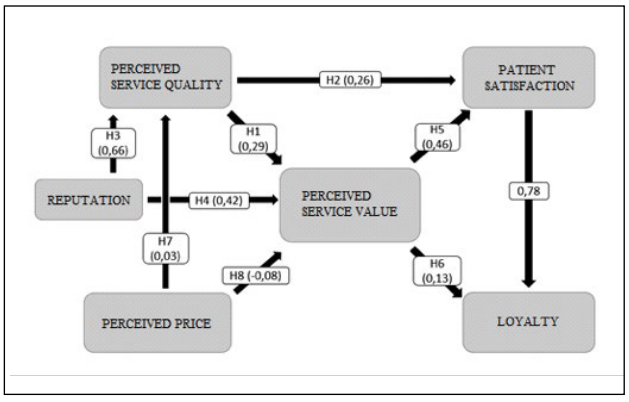


Figure 2. The conceptual model with coefficient of path (beta coefficient).

4 DISCUSSION

This paper examines the concept of the perceived service value of health services. This concept has been very well known and researched in other branches of the service industry (such as Banking and Tourism), while knowledge of it in the health industry has been rather fragmented. Based on the findings from other service industries, we created a conceptual model, in which we put a perceived service value at the centre of the research; we identified satisfaction and loyalty as the consequences of perceived service value and reputation, price, and perceived service quality as its antecedents.

The final study was conducted on a large sample (800 patients), and the data was analysed using exploratory and confirmatory factor analyses, and by modelling linear structural equations. Based on the statistical results of the model, and to achieve considerably better global fit indices, we added into the model an additional relationship between the two constructs, namely, between patient satisfaction and patient loyalty.

The relationship between patient satisfaction and patient loyalty was the strongest in our model. The relationship between the constructs of patient satisfaction and patient loyalty also had wide theoretical support (11, 27, 60), because patient satisfaction can affect desirable patient behaviours, such as loyalty, including recommendation to friends and relatives and improved treatment compliance (61).

We also found a strong direct relationship between reputation and perceived service quality, as well as perceived service value. Further, strong indirect connections with reputation and patient satisfaction were detected, as well as loyalty. A positive hospital reputation increases perceived service quality by a patient, and also increases perceived service value. These results are consistent with the study by Wu (10) from Taiwan, who confirmed a strong relationship between reputation and patient loyalty. Our findings are substantively the same as those of Bloemer, de Ruyter, and Peeters (62) from Belgium and the Netherlands, which showed the indirect effect that reputation has on loyalty through perceived service quality and satisfaction.

Our results show a statistically significant direct impact of perceived service quality on satisfaction and perceived service value. This view is in line with Weiss' conclusion (63), which states that ensuring customer satisfaction is the goal of process management and the overall platform of process improvement, which leads to higher service quality. In our model, perceived service value had a greater impact on patient satisfaction than perceived service quality, which is contradictory to the findings of Choi, Cho, Lee, Lee, and Kim from South Korea (12), who constructed their conceptual model around patient satisfaction. They found that service quality emerged as the most important determinant of patient satisfaction. Nevertheless, they concluded that their findings should not be viewed as denigrating the significance of perceived value. For them, healthcare providers should seek ways in which they can reduce monetary and non-monetary service costs and increase perceived benefits.

Our results imply the weakest relationship among perceived price, perceived service quality and perceived service value. Health services are financed in such a way that the consumer never really stops to consider the actual cost of a particular service. With most health services, providers do not compete by setting different monetary prices. Moliner from Spain (64) reported a similar result, and argued that this is logical, as the patient of a private hospital makes a direct payment to the hospital, while, in a public hospital, this payment is indirect, through taxation. Those survey questions specifically aimed at identifying the non-monetary price aspect were already eliminated in the process of refining the model, which is why the final model included only one such question (for non-monetary price). Our construct of price refers primarily to monetary costs. Örgev and Bekar from Turkey (13) concluded in their model of perceived service value that non-monetary costs should be taken into consideration as a key component of hospital perceived value, and not be regarded as less important than any other factor.

5 CONCLUSION

Nowadays, it is crucial for every service provider who wants satisfied clients to offer as many benefits as possible, and to minimise their monetary and non-monetary costs. Based on Choi et al. (12), who called for a rather more complex model to explain the patients' behaviour intentions, this paper has attempted to extend existing knowledge with perceived service value as a central point and has researched the relationships between its antecedents and consequences with the goal of achieving satisfied and loyal patients. The results proved that an especially higher reputation and higher perceived service quality can contribute to perceived service value and to more satisfied patients. The recommendation is, therefore, that health service providers should introduce into their strategies the concept of perceived service value and overcome a vision that is focused excessively on perceived service quality.

Our results imply that Hospital Managers should pay attention to constructing a positive hospital reputation with putting more energy into building a trustworthy organisation, empower employees towards respected individuals, and build on a positive image in public. It is also important to assure patients that they will obtain their desired and expected service level at the time they are admitted to the hospital. Besides medical staff demonstrating excellent technical skills and professionalism, the softer components, e.g., empathy, kindness, and reputation, are also important in developing a holistic perception of perceived service value among patients.

However, in assessing the implications of this study, the research approach has a few limitations. Because the results are directly relevant only to patients in two—one private and one public—hospitals, generalizations of the findings beyond the immediate population observed should be made with caution. Another limitation of the study is that perceived service value and loyalty are continuous variables, measured at one point of time in this study, while it would be much better to test the hypotheses in time series. Regarding the construct of perceived price, which refers primarily to monetary costs, it might be more useful to treat monetary and non-monetary costs as two distinct constructs in future research. Furthermore, we also think that, in the future, it would be appropriate to analyse the role of emotions and incorporate emotional and social value, as well as the relationship between perceived service value and patients' trust and commitment as consequences.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare that no conflicts of interest exist.

FUNDING

There is no financial interest or risk.

ETHICAL APROVAL

The research carried no risk of violating ethical principles.

REFERENCES

1. Carrullat FA, Jaramillo F, Mulki JP. The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: a meta-analytic view of 17 years of research across five continents. Int J Serv Ind Manag. 2007;18:472-90. doi: 10.1108/09564230710826250.
2. Angur GA, Nataraajan R, Jehera Jr JS. Service quality in the banking industry: an assessment in a developing economy. Int J Bank Mark. 1999;17:116-25. doi: 10.1108/02652329910269211.
3. LeBlanc G, Nguyen N. An exploratory study on the cues that signal value to members in retail cooperatives. Int J Ret Distrib Manage. 2001;29:49-59. doi: 10.1108/09590550110366361.
4. Heinonen K. Reconceptualizing customer perceived value: the value of time and place. Manag Serv Qual. 2004;14:205-15. doi: 10.1108/09604520410528626.
5. Sanchez - Fernandez R, Iniesta - Bonillo MA, Holbrook MB. The conceptualization and measurement of customer value in services. Int J Market Res. 2009;51:93-113. doi: 10.2501/S1470785308200328.
6. Shamdasani P, Mukherjee A, Malhotra N. Antecedents and consequences of service quality in consumer evaluation of self-service Internet technologies. Serv Ind J. 2008;28:117-38. doi: 10.1080/02642060701725669.

7. Pisnik Korda A, Snoj B. Development, validity and reliability of perceived service quality in retail banking and its relationship with perceived value and customer satisfaction. Accessed October 31st, 2016 at: http://www.fm-kp.si/zalozba/ISSN/1581-6311/8_187-205.pdf.
8. Sanchez J, Callarisa L, Rodriguez RT, Moliner M. Perveived value of the purchase of a tourism product. Tour Manage. 2006;27:394-409. doi: 10.1016/j.tourman.2004.11.007.
9. McDougall GMG, Levesque T. Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. J Serv Mark. 2000;14:392-410. doi: 10.1108/08876040010340937
10. Wu CC. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. Afr J Bus Manage. 2015;12:4873-82.
11. Astuti HJ, Nagase K. Patient loyalty to healthcare organizations: relationship marketing and satisfaction. IJMMR. 2014;7:39-56.
12. Choi K, Cho W, Lee S, Lee H, & Kim C. The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in healthcare provider choice: a South Korean study. J Bus Res 2004;57:913-21. doi: 10.1016/S0148-2963(02)00293-X.
13. Örgev C, Bekar T. Non-Monetary costs, hospital perceived value and patient satisfaction in health institutions. Int J Alanya Faculty Business. 2013;5:87-97.
14. Teke A, Cengiz E, Cetin M, Demir C, Kirkbir F, Fedei T. Analysis of the muti item dimensionality of patients' perceived value in hospital Services. J Med Syst. 2012;36:1301-7. doi: 10.1007/s10916-010-9590-0.
15. Chahal H, Bala M. Significant components of service brand equity in healthcare sector. Int J Health Care Qual Assur. 2010;25:343-62. doi: 10.1108/09526861211221518.
16. Pan FC. Perceived values on hospital services: a fuzzy logic application. Afr J Bus Manag. 2011;5:4465-75.
17. Caruana A, Money AH, Berthon PR. Service quality and satisfaction - the moderating role of value. Eur J Marketing. 2000;34:1338-52. doi: 10.1108/03090560010764432.
18. Petrick JF. Development of multi-dimensional scale for measuring the perceived value of a service. J Leisure Res. 2002;34:119-34. doi: 10.1080/00222216.2002.11949965.
19. Gallarza MG, Saura IG, & Moreno FA. The quality-value-satisfaction-loyalty chain: relationships and impacts. Tour Rev. 2013;68:3-20. doi: 10.1108/16605371311310048.
20. Al - Marri K, Ahmed AMMB, Zairi M. Excellence in service: an empirical study of the UAE banking sector. Int J Qual Reliab Manag. 2007;24:164-76. doi: 10.1108/02656710710722275.
21. Fornell C. Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservervable variables and measurement error. J Market Res. 1981;18:39-50. doi: 10.2307/3151312.
22. Zeithaml VA. Consumer perception of price, quality and value: a means - end - model and synthesis of evidence. J Market. 1988;52:2-22. doi: 10.2307/1251446.
23. Qian H, Li GB, Chen H, Zhang DL. An exploratory research of patient perceived value in China. J Med Market. 2011;11:277-83. doi: 10.1177/1745790411424969.
24. Cengiz E, Kirkir F. Customer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. Probl Perspect Manage 2007;5:252-67.
25. Zifko-Baliga GM, Krampr RR. Managing perceptions of hospital quality. Market Health Serv. 1997:29-35.
26. Boshoff C, Gray B. The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. J Bus Manage 2004;35:27-37. .
27. Caruana A, Fenech N. The effect of pereceived value and overall satisfaction on loyalty: a study among denatal patients. J Med Market. 2005;5:245-55. doi: 10.1057/palgrave.jmm.5040236.
28. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients and nurses perceptions of the qualityt of nursing services, satisfaction and intent to revisti the hospotal: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2007;44:545-55. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006.
29. Woodside AG, Frey LL, Daly RT. Linking service quality, customer satisfaction, and behavioural intention. J Healthcare Market. 1989;9:5-17.
30. Lam SSK. SERVQUAL: a tool for measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong. Total Qual Manag. 1997;8:145-52. doi: 10.1080/0954412979587.
31. Dijs - Elsniga J, Otten W, Verluijs MM, Smeets HJ, Kievit J, Vree R, et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. Med Decis Making. 2010;30:544-55. doi: 10.1177/0272989X09357474.
32. Satir C. The nature of corporate reputation and the measurement of reputation components: an empirical study within a hospital. CCIJ. 2006;11:56-63.
33. Padanyi P, Gainer B. Per reputation in the non - profit sector: its role in non profit sector management. CRR. 2003;6:252-65.
34. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share and reputation. Health Aff. 2005;24:1150. doi: 10.1377/hlthaff.24.4.1150.
35. Patient perception of reputation is key. Healthcare Collector. 2006;Feb:5-6.
36. Matear MM. The role and nature of willingness to sacrificice in marketing realtionships: a thesis. Ontario: Queen's University, 2014.
37. Hafer JC. Developing and operationalizing a product service classification system for health care providers. J Health Care Market. 1987;7:25-6.
38. Sloan FA. Demand for physicians services in alternative practice settings: a multiple logit analysis. Q Rev Econ Bus. 1978;18:41-61.
39. Parker BR, Srinivasan V. Consumer preference approach to the planning of rural primary healthcare facilities. Oper Res. 1976;24:991-1025. doi: 10.1287/opre.24.5.991.
40. Thieman EA. Marketing in not new to many physicians and dentists. J Health Care Market. 1985;5:5-6.
41. Cronin JJ, Brady MK, Hult GT. Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer beahvioral intentions in service environments. J Retailing. 2000;76:193-218. doi: 10.1016/S0022-4359(00)00028-2.
42. Oliver R. Whence customer loyalty? J Marketing. 1999;63:33-44. doi: 10.2307/1252099.
43. Lee WI, Chen CW, Chen TH, Chen CY. The realtionship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: the case of a medical center in Southern Taiwan. Afr J Bus Manage. 2010;4:448-58.
44. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra, SM, Van der Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. Soc Sci Med. 2009;69:68-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.016.
45. Shanti NM. Branding services Indian perspective. 1st ed. Hyderabad: ICFAI University Press, 2006:90-191.
46. Chen YS. The drivers of green brand equity: green brand image, green satisfaction and green trust. J Bus Ethics. 2009;93:307-19. doi: 10.1007/s10551-009-0223-9.
47. Wood L. Brands and brand equity: definition and management. Manege Decis. 2000;38:662-69. doi: 10.1108/00251740010379100.
48. Pisnik Korda A. Oblikovanje in empirično preverjanje modela zaznane vrednosti izdelka: doktorska disertacija. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta, 2008.
49. Atilgan E, Askoy S, & Akinci S. Determinants of the brand equity: a verification approach in the beverage industry in Turkey. Marketing Intellig Planning. 2005;23:237-48. doi: 10.1108/02634500510597283.

50. Hussey SP, Wertheimer S, Mehrota A. The association between health care quality and cost. Ann Int Med. 2013;158:27-35. doi: 10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00006.
51. Dodds WB, Monroe KB, Grewal. Effects of price, brand, and store inforamtion on buyer product evaluatons. J Marketing Res. 1991;28:307-19. doi: 10.2307/3172866.
52. Pisnik Korda A. Vplivni dejavniki na zaznano vrednost izdelka: magistrsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta, 2000.
53. Jensen J. More consumers are willing to pay higher price for quality healthcare. Mod Healthcare. 1986;16:48-9.
54. Tellis GJ, Geath GJ. Best value, price seeking, price aversion: the impact of information and learning on consumer choices. J Market. 1990;54:34-45. doi: 10.2307/1251868.
55. Malholtra NK. Marketing research: methodological foundations. 4th ed. Ohio: South - Western/Thomson Learning, Mason, 2004.
56. Gerbing DW, Anderson JC. An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assensment. J Mark Res. 1988;25:186-92. doi: 10.2307/3172650.
57. Diamantopoulos A, Siguaw JA. Introducing LISREL. London: SAGE Publications, 2000. doi: 10.4135/9781849209359.
58. Jöreskog KG, Sörbom D. Structural equation modeling with the SIMPLIS command language. Upsala: Upsala University, 1993.
59. Pevec T, Pisnik A. The development and validation of an evaluation system for patients' assessment of health services. Ekonomska Misao Praksa. 2017;2:611-35.
60. Kessler DP, Mylod D. Does patient satisfaction affect patient loyalty? Int J Health Care Qual Assur. 2011;24:266-73. doi: 10.1108/09526861111125570.
61. Astuti HJ, Nagase K. A framework for conceptualizing patient loyalty to healthcare organizations. Health Serv Manage Res. 2016;29:70-8. doi: 10.1177/0951484816663562.
62. Bloemer J, deRuyte RK, Peeters P. Investigating drivers of bank loyalty: the complex realtionship between image, service quality and satisfaction. Int J Bank Mark. 1998;16:76-286. doi: 10.1108/02652329810245984.
63. Weis L. Storitvena veriga dobička v klasičnem in e-izobraževanju: konceptualni okvir in empirična preverba: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, 2014.
64. Moliner MA. Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. J Serv Manage. 2009;20:76-97. doi: 10.1108/09564230910936869.