



UC/FPCE_2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra

Ana Patrícia Lourenço de Oliveira (e-mail: anapatricia-oliveira@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Relvas

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra

Resumo

Este estudo teve como principal objectivo analisar a relação da satisfação da Qualidade de Vida Familiar com os motivos e frequência de utilização do Centro de Saúde. Para o efeito, administrou-se uma versão, traduzida para português, da escala Quality of Life (Olson & Howard, 1982) a uma amostra de 234 sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos, que compareceram a uma consulta com o médico de família em dois Centros de Saúde de Coimbra. Os resultados obtidos revelaram variações significativas das dimensões Saúde e Tempo quando os utentes recorrem ao Centro de Saúde pelos motivos da Saúde Infantil e de Pedir Receitas, respectivamente. Verificou-se, também, que à medida que aumenta o número de visitas ao Centro de Saúde, diminui a satisfação, sobretudo com a dimensão Saúde. Na análise da relação da Qualidade de Vida Familiar com as suas dimensões e com a sua avaliação subjectiva, a dimensão Rendimento assumiu grande impacto. Um segundo objectivo, deste estudo, foi o conhecimento mais aprofundado no que concerne aos utentes do Centro de Saúde, tendo-se concluído que indivíduos de idade e nível sócio-económico variados utilizam o Centro de Saúde por diferentes motivos e, também, que as mulheres recorrem mais vezes ao Centro de Saúde do que os homens.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Familiar, Centro de Saúde, avaliação subjectiva e variáveis sociodemográficas.

Relation between Family Quality of Life satisfaction and the utilization, by users, of Health Centre: study in two Health Centres of Coimbra

Abstract

This study had as main purpose to analyze the relation of the satisfaction with the Quality of Familiar Life and the reasons and frequency of use of the Health Centre. Therefore, a translated portuguese version of Quality of Life scale (Olson & Howard, 1982) was administrated in a sample of 234 subjects with ages raging between 21 and 84 years, that had appeared to a consultation with family doctor in two Health Centres of Coimbra. The results had disclosed significant variations of Health and Time dimensions when users appeal to the Health Centre for the reasons of the Infantile Health and to Ask for Prescriptions, respectively. It was verified, also, that as it increases the number of visits to the Health Centre, diminishes the satisfaction, over all with the Health dimension. In the analysis of the relation of the Quality of Familiar Life with its dimensions and its subjective evaluation, the dimension Income assumed great impact. A second purpose of this study was a deeply knowledge concerning the users of the of Health Centre, concluding that individuals of different age and socio-economic level use the Health Centre for different reasons and, still, that the women appeal more times to the Health Centre than men do.

Key-Words: Family Quality of Life, Health Centre, subjective assessment and sociodemographic variables.

Agradecimentos

À Doutora Ana Paula Relvas, pela orientação, ao Doutor José Tomás, pelo apoio nos procedimentos estatísticos, à Dr.^a Manuela Vilar pelo treino de aplicação do protocolo, aos membros integrantes da equipa de investigação e, finalmente, à Dr.^a Anísia Costa, aos médicos, administrativos e utentes dos Centros de Saúde, pela sua colaboração, sem a qual esta investigação não teria sido possível.

Índice

Introdução	1
I-Enquadramento conceptual (revisão da literatura)	1
II-Objectivos	7
III-Metodologia	8
IV-Resultados	18
V-Discussão	30
VI-Conclusões	34
Bibliografia	35
Anexos	

Introdução

O presente estudo insere-se num projecto de investigação mais amplo sobre o stress e bem-estar familiares e centra-se na Qualidade de Vida Familiar, mais concretamente na relação que a mesma estabelece com o recurso ao Centro de Saúde, em termos de motivos e frequência de utilização. A multidimensionalidade e a subjectividade inerentes ao constructo justificam, por um lado, que a análise da relação, acima descrita, se estenda às respectivas dimensões e, por outro, que se investigue a correlação entre a satisfação e a avaliação subjectiva da Qualidade de Vida Familiar.

Atendendo a que o Centro de Saúde constitui um importante sistema de assistência e relação de ajuda e que um dos grandes objectivos da promoção de saúde é a Qualidade de Vida, a pertinência deste estudo, prende-se com o possível contributo para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que, nos Centros de Saúde, lidam com as famílias. Neste sentido, torna-se relevante conhecer melhor os sujeitos que integram essas mesmas famílias e responder a questões como “Quem são?”, “Porque vão ao Centro de Saúde?” e, finalmente, “Com que frequência o fazem?”, cujas respostas se obtêm analisando a relação entre o recurso ao Centro de Saúde e algumas variáveis sócio-demográficas, tais como o género, a idade e o nível sócio-económico.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1) Aspectos Históricos

Historicamente, o interesse pela *Qualidade de Vida* (QDV) existe desde tempos remotos. Segundo Dauphinnée e Kuchler, o conceito surgiu, pela primeira vez, em 1920, mencionado por Pigou no contexto das condições de trabalho. Sofreu um avanço significativo a partir do desenvolvimento económico do pós-guerra, vindo a enraizar-se nos E.U.A., com o significado de “boa vida” (Guterres & Ribeiro, 2002).

O termo reapareceu em 1960, num relatório da Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos Estados Unidos da América, reflectindo a preocupação com a QDV e bem-estar da população. Em 1964, o Presidente americano Lyndon Johnson referiu que “*o progresso social não pode ser medido através do balanço dos bancos mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas*” (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005, p. 1). Tal preocupação desencadeou, na década de 70, investigações sobre a QDV, destacando-se, como mais relevantes, os seguintes estudos: (a) O de Liu (1975), (b) o de Flanagan (1982) e (c) o de Campbell, Converse e Rodgers (1976) (Ribeiro, 1998).

Liu, em 1975, publicou um artigo exploratório com o qual pretendia desenvolver uma estrutura que orientasse investigações futuras e o estabelecimento de *indicadores* de QDV. Segundo este, a QDV devia ser

medida por nove indicadores, cada um dos quais representado por um conjunto de variáveis quantificáveis. Tais indicadores seriam abrangidos por dois *componentes* principais da QDV: o *subjectivo* (psicológico), de carácter mais qualitativo, e o *objectivo* (social, económico, político e ambiental), de carácter mais quantitativo e de mais fácil avaliação. Este estudo acabou por se focar apenas na componente objectiva, considerando impossível medir os indicadores subjectivos (Ribeiro, 1998). Flanagan, em 1982, recorreu à *técnica dos incidentes críticos*¹ para identificar os *domínios* a incluir na descrição da QDV. Segundo Witmer (1985), dos 6500 incidentes críticos na pesquisa inicial, resultaram 15 domínios, sendo que os mais relacionados com a QDV foram os seguintes: *Conforto Material, Saúde e Segurança, Trabalho, Actividades de Lazer, Desenvolvimento Intelectual e Expressão Criativa*. Os menos correlacionados foram os seguintes: *Familiares, Ter e Criar Crianças e Participação no Governo Local e Nacional*.

Ribeiro (1998) refere que o estudo de Campbell e colaboradores representou um marco importante para a medição dos componentes subjectivos da QDV, constatando que, dos 12 domínios que compunham o seu questionário (*Saúde, Casamento, Vida Familiar, Governo, Amizades, Habitação, Emprego, Comunidade, Fé; Actividades de Lazer; Situação Financeira e Participação em Organizações*), o domínio Saúde foi o que mais se correlacionou com o resultado total do questionário.

Nos Anos 80, o enfoque dado a este tema foi definitivo (Ribeiro, citado por Guterres & Ribeiro, 2002). Em 1985, Witmer chega mesmo a dizer: “talvez, na próxima década, se vá dar tanta importância ao Índice de Qualidade de Vida como, actualmente, damos ao produto nacional bruto como um indicador do estado das nossas vidas. Contudo, isto implicará uma mudança na nossa mentalidade de ver os seres humanos como consumidores económicos de bens e serviços para criadores de autoconfiança, saúde e felicidade” (p. 45).

A QDV tornou-se, desde então, um conceito de interesse geral, despoletando o surgimento de várias definições (Guterres & Ribeiro, 2002).

2) Definição e Conceito

As definições de QDV foram variando ao longo dos anos. No geral, têm sido utilizadas duas definições que tentam abordar os aspectos objectivos do funcionamento de uma determinada pessoa bem como os aspectos subjectivos do seu bem-estar (Teixeira, 2000).

Park, Turnbull e Turnbull III (2002) definem a *Qualidade de Vida Familiar* (QDVF) como “condições nas quais as necessidades das famílias são enfrentadas, os membros da família apreciam a sua vida em conjunto como família e têm a oportunidade de realizar coisas que lhes são importantes” (p. 153). Os mesmos autores apresentam quatro *princípios*

¹ A técnica dos incidentes críticos consiste em solicitar, aos entrevistados, relatos verbais ou escritos a respeito de situações vivenciadas ou presenciadas (incidentes críticos) por eles, nas quais o seu comportamento contribuiu positiva ou negativamente para o desempenho de uma função, papel ou actividade que se pretende investigar (Galera & Teixeira, 1997).

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatrícia-oliveira@hotmail.com) 2007

nucleares relativos à QDVF: a QDVF muda conforme cada família e os seus membros experienciam a vida; os membros da família influenciam-se reciprocamente; os domínios têm impacto uns nos outros e, finalmente, não existe QDVF padrão pois as famílias são quem decide o que a “qualidade” significa para elas.

No contexto de simultânea relevância e falta de precisão conceptual do conceito de QDV, no início da década de 90, a O.M.S. reuniu um conjunto de peritos pertencentes a diferentes culturas (WHOQOL Group) com o objectivo de debater o conceito de QDV e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL. Este grupo, tomando como ponto de partida alguns aspectos inerentes ao constructo de QDV, tais como a subjectividade, a multidimensionalidade e a presença de *dimensões* positivas e negativas, definiu, em 1995, a QDV como a “*percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Canavarro et al., 2005).

De uma forma geral, segundo Ribeiro (1994), verifica-se uma crescente aproximação das definições da QDV à definição de Saúde da O.M.S.: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença” (Guterres & Ribeiro, 2002). Já Dauphinnée e Kuchler, em 1992, definiram QDV como sendo o nível em que o indivíduo satisfaz as suas necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais e materiais.

A evolução do conceito de QDV tem sido igualmente associada a diversos referenciais teóricos, nos quais os conceitos de *satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjectivo* são utilizados, frequentemente, como sinónimos (Frisch, Taillefer, Dupuis, Roberge & Le May citados por Canavarro et al., 2005). Na opinião de Canavarro e colaboradores (2005), este facto tem constituído um obstáculo à delimitação científica do conceito.

3) Indicadores, dimensões, domínios e componentes

Devido ao facto de a QDV ser estudada em diversos contextos e em diferentes populações, têm sido utilizados diversos indicadores para a avaliar. De um modo geral, cada definição reflecte o contexto e os indicadores estudados (Canavarro, et al., 2005).

Um recente estudo da O.M.S. salienta, como indicadores universais para uma boa QDV, alguns aspectos essenciais, tais como: a possibilidade de desempenho autónomo das actividades quotidianas, a possibilidade de ver e ouvir bem, de ter energia e ser capaz de se mover, sendo que a imagem corporal, a aparência e a satisfação com a vida sexual assumem menos preponderância (Teixeira, 2000). Porém, os indicadores comumente tomados em consideração são de três tipos: *indicadores económicos, indicadores sociais e indicadores subjectivos* (Ruggeri et al., citados por Guterres & Ribeiro, 2002).

De acordo com Dauphinnée e Kuchler, a QDV envolve várias dimensões: a *dimensão temporal*, a *dimensão referencial* e a *dimensão*

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatricia-oliveira@hotmail.com) 2007

experiencial. Assim, a QDV é determinada pelas experiências subjectivas e pelos factores objectivos destas dimensões (Guterres & Ribeiro, 2002). Hughes (2006) enfatiza, do ponto de vista sociológico, o *meaning* (conceptualizações partilhadas que tornam a vida social possível) como uma dimensão da QDV quase sempre ignorada, defendendo a integração deste conceito nos estudos da QDV como modo de proporcionar uma melhor compreensão da condição humana.

Turnbull (2004), presidente da American Association on Mental Retardation, nos E.U.A, apresenta a evolução, na sua perspectiva, sobre a QDVF, considerando as seguintes fases: (a) *do envolvimento dos pais ao suporte familiar genérico*, (b) *do suporte familiar genérico ao suporte familiar individualizado* e (c) *do suporte familiar individualizado aos resultados da QDVF*. Na última fase, Turnbull e um largo grupo de colegas, centraram-se na conceptualização e na medição da QDVF como uma consequência das políticas e dos serviços de suporte familiar. A autora, na sua investigação, constatou que as famílias valorizavam novos conhecimentos para melhorar a sua QDV. Da revisão da literatura acerca da QDV individual, emergiu a literatura na QDVF. Dos estudos qualitativos conduzidos, incluindo a participação de membros da família de crianças e jovens com e sem deficiência, indivíduos com deficiência, prestadores de serviços e administradores, resultou a identificação de 10 domínios da QDVF que foram divididos em duas categorias: (a) *domínios individualmente orientados* – “advocacy”, bem-estar emocional, segurança, bem-estar ambiental, produtividade e bem estar social - e (b) *domínios familiarmente orientados* - vida familiar diária, interacção familiar, bem-estar financeiro e parentalidade. Posteriormente, resultaram cinco subescalas da QDVF, as quais correspondem aos cinco domínios da QDVF, enfatizados por Turnbull: Interação Familiar; Parentalidade; Bem-estar emocional; Bem-estar físico/ material e suporte relativo à deficiência.

Fallowfield considera que a QDV se divide em quatro domínios: o *domínio psicológico*, o *domínio social*, o *domínio profissional* e o *domínio físico* (Guterres & Ribeiro, 2002).

Segundo Witmer (1985), ainda que a satisfação económica contribua claramente para a satisfação com a vida, esta não é o principal factor. A satisfação com a vida é enormemente afectada por domínios que não têm relação com os níveis de rendimento. A satisfação com o próprio indivíduo parece depender muito pouco das circunstâncias de vida objectivas tais como a educação, o salário ou o local de residência, concordando, este ponto, com um estudo conduzido pelo Departamento de Saúde Mental da Califórnia (1979), cujos resultados revelaram uma relação positiva entre a auto-estima elevada e alto grau de controlo sobre a própria vida e o bem-estar mental e físico.

No sistema de Cuidados de Saúde, a QDV é avaliada considerando cinco componentes: a *saúde física*, a *saúde psicológica*, o *nível de independência*, as *relações sociais* e o *ambiente* (Ribeiro, citado por Guterres & Ribeiro, 2002).

Assim, podemos concluir que o número de domínios e de componentes considerados na QDV é variável, geralmente extenso, embora

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

dependente quer dos objectivos prosseguidos quer do nível da análise.

Hoje em dia, perspectiva-se a consideração integrada de vários indicadores relativos a padrões objectivos de vida (habitação, trabalho, rendimentos, e amigos) e à satisfação pessoal respeitante a diversos padrões normativos de vida, reflectindo o carácter multidimensional do conceito: a *dimensão física*, a *dimensão psicológica* e a *dimensão social* (Guterres & Ribeiro, 2002).

4) Tipologia

Em termos de tipologia, na literatura científica, a QDV é abordada segundo três perspectivas fundamentais: a *Qualidade de Vida Geral* (QDVG), a *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (QDVRS) e a *Qualidade de Vida Relacionada com a Doença* (QDVRD) (Ribeiro Ruggeri, Santolini, Stegagno, Imperadore & Dall' Agnola, citados por Guterres & Ribeiro, 2002).

Segundo Lehman (1995), a QDVG é constituída por três dimensões: a do *nível de funcionamento global*, a dos *recursos disponíveis para a obtenção dos seus próprios objectivos* e a do *sentido de bem-estar e satisfação*. Esta última dimensão inclui numerosas áreas de vida, tais como: a família, as relações sociais, o trabalho, a situação financeira e a de habitação. A QDVRS restringe-se à influência que a doença exerce sobre a QDV. Nesta abordagem, estudam-se as áreas de vida ligadas à Saúde quanto aos aspectos físico, psíquico e social. Por último, a QDVRD coloca enfoque no impacto que os sintomas de uma doença e os efeitos da terapia têm sobre a QDV (Guterres & Ribeiro, 2002).

Ainda, sobre esta matéria, segundo Rapley (2003), a QDVRS é conceptualizada como sendo simultaneamente um constructo de nível individual e público. A nível individual, a QDVRS inclui as percepções da saúde física e mental, dos riscos e condições de saúde, do nível funcional, do suporte social e do nível sócio económico. Ao nível da comunidade, a QDVRS inclui recursos, condições, políticas e práticas que influenciam as percepções da saúde e o nível funcional da população.

No âmbito da medicina, o interesse pela QDVRS representou um notável progresso relativamente à simples valorização da doença e dos seus sintomas. Porém, no que concerne a pacientes com doenças graves e persistentes, esta perspectiva pode revelar-se limitadora na medida em que as necessidades destes pacientes são mais amplas do que as relacionadas com a Saúde, implicando a satisfação de necessidades de tipo social (casa, trabalho e dinheiro) (Guterres & Ribeiro, 2002).

5) Ligações entre Saúde e Qualidade de Vida

A par do desenvolvimento de estudos sobre a Saúde, o conceito de QDV generalizou-se em contextos médicos com a designação de QDVRS. Ribeiro (1998), citando Patrick e Deyo, refere que nas duas últimas décadas tem-se assistido à proliferação de medidas do estado de Saúde, entre as quais, a QDV. Segundo autores ligados a projectos internacionais que investigam este tema, em ambientes clínicos, nos últimos anos: “A perspectiva tradicional que definia os benefícios da intervenção em termos

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anapatricia-oliveira@hotmail.com) 2007

de resultados biomédicos está a dar lugar a uma perspectiva mais abrangente - uma que inclua assuntos ligados à qualidade de vida que estão relacionados com a saúde” (Aronson et al., citados por Ribeiro, 1998, p. 100).

As ligações existentes entre Saúde e QDV remontam ao estudo de Campbell e colaboradores (1976), no qual dos 12 domínios que compunham o questionário, a Saúde foi aquele que apresentou maior correlação com o resultado global da QDV.

O interesse e aplicabilidade da expressão QDV na área da Saúde decorre, sobretudo, da definição de Saúde da O.M.S., já anteriormente citada, a qual implica que as iniciativas de Promoção de Saúde valorizem aspectos como o bem-estar e a QDV, não se limitando ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (Canavarro et al., 2005).

Patrick e Deyo explicam que QDVRS é um termo abrangente que envolve cinco categorias de conceitos: *duração de vida; invalidez; estados funcionais; percepções e oportunidades sociais*. Por outro lado, Schipper, Chinch e Powell consideram a QDV como um conceito pragmático que representa o nível funcional individual, avaliada subjectivamente pelo doente, em vez de ser medida pelo clínico. De facto, as medidas utilizadas sofreram alterações, nos últimos 30 anos, e passaram de medidas centradas em critérios externos ao indivíduo avaliado, para medidas centradas na percepção pessoal (Ribeiro, 1998).

Com base na definição de Saúde da O.M.S., definem-se quatro grandes domínios que parecem contribuir para a QDV: *funcionamento ocupacional e físico, estado psicológico e interacção social e sensações somáticas*, o que sugere que QDV, saúde e QDVRS são termos utilizados, frequentemente, como sinónimos, sendo que as relações entre os mesmos carecem de maior clarificação (Ribeiro, 1998).

6) Centros de Saúde

Segundo um projecto de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), que visa o levantamento exaustivo e aprofundado da avaliação que os utilizadores dos *Centros de Saúde* fazem dos cuidados ali prestados, os utentes valorizam muito positivamente a medicina geral e familiar e os seus médicos de família. Em Portugal, os cidadãos visitam, em média, 5,3 vezes, por ano o médico de família e atribuem extrema importância à regular vigilância da sua saúde. Verificou-se, ainda, que os jovens visitam menos os Centros de Saúde do que os mais idosos. Nesse mesmo sentido, apontam os resultados provenientes de um Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1995/96, que revela o agravamento progressivo das condições e queixas de saúde dos portugueses com o avançar da idade, sendo que, para os idosos, a Saúde surge como uma preocupação prioritária e como uma das variáveis determinantes da satisfação de vida (Willits & Crider, citados por Paúl & Fonseca, 2001).

De acordo com o mesmo estudo, a *idade* dos utentes do Centro de Saúde é, em média, 56,49 anos, 5,8% têm menos de 25 anos, 22,3% têm de 25 a 44 anos, 31,1% têm de 45 a 64 anos e os restantes 40,8% têm 65 ou mais anos.

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatrícia-oliveira@hotmail.com) 2007

Quanto ao *motivo* de recurso ao Centro de Saúde, os mesmos autores salientam que 55,1% das consultas tiveram como objectivo o tratamento de doença arrastada ou crónica com sintomatologia, a vigilância e o aconselhamento. Estes dois últimos motivos incluem consultas de vigilância da gravidez, de planeamento familiar e de saúde infantil, a leitura e interpretação de análises clínicas e outros meios auxiliares de diagnóstico e a realização de exames médicos periódicos e de revisão ao estado de saúde. A doença aguda, os acidentes e a recuperação de cirurgia ocupam 17,5% dos motivos pelos quais os utilizadores se deslocam ao Centro de Saúde. De entre as principais razões invocadas estão incluídas, por exemplo, dores músculo-esqueléticas, das extremidades e lombalgias, “problemas renais”, “constipações” e gripes. Os tipos de acidentes mais citados pelos utilizadores foram: quedas, acidentes de trabalho e de viação, para além de ferimentos, traumatismos e entorses. Foi possível constatar que 4,8% das consultas são por necessidades de renovação de receituário ou outras actividades consideradas burocráticas, tais como: a obtenção de atestados, declarações de baixa e outros tipos de declarações e de credenciais.

Aspectos como a escassez de assistência domiciliária e de unidades de cuidados continuados e, também, a falta de disponibilidade por parte das famílias para acolher os seus idosos (Schroots et al., citados por Paúl & Fonseca, 2001), representam factos a ter em conta, para além da condição de Saúde, em qualquer intervenção que tenha por objectivo a promoção de um envelhecimento óptimo (Paul & Fonseca, citados por Paúl e Fonseca, 2001).

Torna-se importante conhecer as informações prestadas pelos próprios doentes através das suas respostas aos questionários sobre a QDV e, articuladamente, adaptar políticas e acções nos sistemas de cuidados de saúde primários ou diferenciados (Teixeira, 2000).

No âmbito dos sistemas de assistência e relação de ajuda, para além do sistema oficial, assente nos Serviços de Saúde, destaca-se o sistema informal que inclui um conjunto de práticas nas quais a família, uma das instituições de apoio mais importantes, merece um lugar de realce (Abreu, 2003).

II – Objectivos

O motivo subjacente a esta investigação prende-se, por um lado, com o facto da QDVF constituir uma área de interesse para a Psicologia Clínica Sistémica e, por outro, com o facto de alguns dos investigadores se encontrarem a realizar estágio em Centros de Saúde. Com base no segundo motivo, pretende-se atingir um conhecimento mais aprofundado no que concerne aos utentes dos Centros de Saúde, procurando identificar o que motiva indivíduos de género, idade e nível sócio económico variados a recorrerem a estes Serviços de Saúde e aferir com que assiduidade o fazem. Aliando os dois motivos e reconhecendo o ênfase que é dado à componente da Saúde na QDV, o principal objectivo deste estudo é analisar como a satisfação da QDVF e respectivas dimensões varia em função dos motivos e se correlaciona com a frequência de utilização dos Centros de Saúde.

Assim e de acordo com a literatura, coloca-se a hipótese de que a maior satisfação da QDVF se associe a uma mais baixa frequência de utilização do Centro de Saúde e que surja, ainda, uma relação significativa entre maior satisfação da QDVF e o recurso ao Centro de Saúde por motivos ligados à prevenção e cuidados associados ao desenvolvimento e, ainda, uma relação significativa entre menor satisfação e o motivo de tratamento de doença arrastada ou crónica com sintomatologia. Isto pode ter implicações eventuais na própria resposta organizacional e clínica do serviço, já que, segundo Pais Ribeiro (1998), a perspectiva tradicional que definia os benefícios da intervenção em termos de resultados biomédicos está a dar lugar a uma perspectiva mais abrangente que inclua assuntos ligados à QDV que estão relacionados com a saúde (p. 349). Actualmente, defende-se uma relação diferente entre os conceitos, em que a QDV é o objectivo, ou seja intervindo sobre a saúde, melhora-se a QDV. Este suposto deriva da instauração do conceito Promoção da Saúde cujo segundo maior objectivo é o aumento da QDV, adiando o surgimento de doença crónica e aumentando o período de vida activa (Fries et al., citados por Stroebe & Stroebe, 1999).

Ao nível das subescalas, e de acordo com o estudo de Campbell e colaboradores (1976), referido no enquadramento conceptual, espera-se encontrar uma maior correlação da subescala saúde com o resultado total da escala, expectando também que, de acordo com Ferreira e colaboradores (2005), a frequência aos Centros de Saúde se associe positivamente ao factor idade e, como tal, os mais velhos recorram com maior frequência ao Centro de Saúde do que os mais novos.

Espera-se, ainda, uma correlação positiva entre a satisfação e a avaliação subjectiva da QDVF.

Por último, considerando diferentes níveis de satisfação da QDVF (baixo, médio e alto), procura-se indagar de que modo é que os mesmos se associam à utilização dos Centros de Saúde.

III – Metodologia

2.1 Amostra

A população a que se refere o presente estudo, é constituída por famílias utentes de dois Centros de Saúde de Coimbra: o Centro de Saúde de Fernão de Magalhães (incluindo a Extensão de Saúde de São Silvestre) e o Centro de Saúde de São Martinho do Bispo (incluindo a Extensão de Saúde de Taveiro)². Os critérios considerados para a inclusão das famílias na

²Este estudo inclui-se num estudo mais amplo, Projecto de Investigação sobre o stress e bem estar familiares, levado a cabo na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Mestrado Integrado em Psicologia Clínica [Sistémica]), que procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que, nos diferentes serviços, lidam com as famílias. Como tal, a população é constituída por famílias utentes de serviços de saúde/cuidados primários e por famílias que recorrem à terapia familiar, sendo a amostra recolhida nas várias instituições nas quais os investigadores se encontram,

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

amostra foram: (a) pelo menos um elemento recorreu ao serviço entre 15 de Novembro e 15 de Dezembro de 2006, para ser atendido por um dos médicos que aceitaram colaborar na investigação, (b) esse elemento aceitou participar na investigação, e (c) participação de dois elementos adultos da família (protótipo Pai-Mãe) ou adolescentes (dos 14 aos 18 anos)³.

Da amostra inicial recolhida nos Centros de Saúde, excluíram-se os adolescentes devido ao seu número (4,4%; n=11) ser pouco relevante. Posteriormente à exclusão dos participantes adolescentes, resultou uma amostra final constituída por 175 famílias, das quais 65,8% (n=154) são utentes do Centro de Saúde de Fernão Magalhães e as restantes 34,2% (n=80) são utentes do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.

O número de sujeitos participantes que integram a amostra é 234. Estes têm idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos de idade (M= 53,53 anos e DP= 15,13 anos), sendo 66,7% (n=156) do sexo feminino e 33,3% (n=78) do sexo masculino.

Relativamente ao *estado civil*, 79,9% (n=187) dos sujeitos são casados, 6% (n=14) são solteiros, 5,6% (n=13) são viúvos, 5,1% (n=12) são divorciados, 2,1% (n=5) vivem em união de facto e 1,3% (n=3) são separados.

A maior parte dos sujeitos (80,7%; n=188) reside em local predominantemente urbano⁴, seguidos de 12,9% (n=30) e de 6,4% (n=15) que residem, respectivamente, em locais predominantemente rural e medianamente urbano.

Em termos da *etapa do ciclo vital da família*⁵, salienta-se uma maior

simultaneamente, a realizar estágio curricular: o Centro de Saúde de Fernão de Magalhães, o Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, o serviço de psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), o Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC), o Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) e, posteriormente excluído por inviabilidade de colaboração, o Centro de Saúde de Celas. Dessa amostra, seleccionou-se uma subamostra que respeita apenas às famílias utentes dos referidos Centros de Saúde, na medida em que apenas estas se adequam ao estudo em questão. A caracterização da amostra global encontra-se no Anexo 1.

³ Relativamente, às restantes instituições, os critérios considerados para a inclusão das famílias na amostra foram os mesmos exceptuando-se o primeiro critério quanto ao profissional que contactou as famílias: no HPC, as famílias foram solicitadas a participar na investigação directamente pelos investigadores, e no caso do CEIFAC e NUSIAF, pelos terapeutas familiares.

⁴ A designação do local de residência encontra-se conforme a tipologia das áreas urbanas de Junho de 1998 do INE (Instituto Nacional de Estatística) e da Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.

⁵ A designação da etapa do ciclo vital da família coaduna-se com conceptualização de Olson em "*Families. What makes them work*", 1983, a qual aponta para a existência das seguintes etapas: 1. Casal sem filhos; 2. Família com filhos pequenos

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatricia-oliveira@hotmail.com) 2007

frequência na Família Lançadora (34,6%; n=80) e na Família na Reforma (25,5%; n=59), sendo que as restantes se situam, pela ordem que se segue, na Família com filhos adolescentes (9,1%; n=21), no Ninho Vazio (12,6%; n=29), na Família com filhos pequenos ou em Idade pré-escolar (6,9%; n=16), na Família com filhos em idade escolar (5,6%; n=13, no Casal sem filhos (3%; n=7) e, por último, em situação insusceptível de atribuição de etapa (2,6%; n=6).

O nível de habilitações dos sujeitos varia entre a escolaridade inferior ao 4.º ano e o ensino superior, registando-se uma frequência idêntica em ambos os casos (11,2%; n=26). O nível de habilitações mais frequente, entre os participantes, é o 4.º ano de escolaridade (38,4%; n=89), verificando-se que o nível médio de habilitações é o 6.º ano com um desvio padrão de 1,84.

Quanto ao nível sócio-económico⁶, verifica-se que 55,4% (n=129) dos utentes se caracterizam por um nível sócio económico baixo, 42,1% (n=98) possuem um nível sócio económico médio, e os restantes 2,6% (n=6) ocupam um nível sócio económico elevado.

A caracterização da amostra subjacente ao meu estudo apresenta-se, de modo sintetizado, no Quadro 1 que se segue.

Quadro 1- Caracterização da Amostra dos sujeitos dos Centros de Saúde⁷

Variável	Frequência	Percentagem Válida (%)
Sexo		
Masculino	78	33,3
Feminino	156	66,7
Idade⁸		
21-40	54	23,2
41-60	94	40,3
61-80	83	35,6
81-84	2	0,8
Estado Civil		
Solteiro	14	6,0
Casado	187	79,9

ou em idade pré-escolar; 3. Famílias com filhos em idade escolar; 4. Família com filhos adolescentes; 5. Família Lançadora; 6. Ninho Vazio e 7. Família na Reforma.

⁶ A tipologia do nível sócio-económico encontra-se de acordo com Simões, M. (1994, p. 285-286).

⁷ A Amostra dos Centros de Saúde é constituída por 175 famílias e 234 sujeitos, todos de nacionalidade portuguesa.

⁸ A variável idade caracteriza-se por um valor mínimo de 21anos, um valor máximo de 84 anos, uma média de 53,53 e, por fim, um desvio padrão de 15,13.

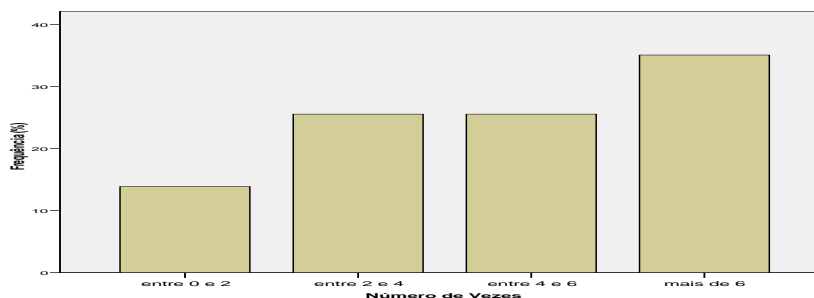
União de Facto	5	2,1
Divorciado	12	5,1
Separado	3	1,3
Viúvo	13	5,6
Local de Residência		
Predominantemente Urbano	188	80,7
Medianamente Urbano	15	6,4
Predominantemente Rural	30	12,9
Nível Sócio- Económico		
Baixo	129	55,4
Médio	98	42,1
Elevado	6	2,6
Habilitações Literárias		
< 4.º ano	26	11,2
4.º ano	89	38,4
6.º ano	20	8,6
9.º ano	40	17,2
12.º ano	24	10,3
Ensino Médio	7	3,0
Ensino Superior	26	11,2
Profissão⁹		
GG1	1	0,4
GG2	14	6,0
GG3	14	6,0
GG4	9	3,9
GG5	47	20,3
GG6	4	1,7
GG7	27	11,6
GG8	4	1,7
GG9	27	11,6
Doméstica	39	16,8
Estudante	3	1,3
Sem profissão	7	3,0
Resposta nula	27	11,6
Desempregado (a)- S P	9	3,9
Grau de Parentesco do Sujeito Participante		
Pai	69	29,5
Mãe	133	56,8
Filho	2	0,9
Filha	11	4,7
Avó	2	0,9
Marido/ Companheiro	7	3,0
Mulher/ Companheira	8	3,4
Único do agregado familiar	2	0,9

⁹ A classificação das profissões encontra-se conforme a classificação nacional das profissões, versão de 1994, retirada das estatísticas demográficas do INE de 1998.

Etapa do Ciclo Vital da Família		
Casal sem filhos	7	3,0
Família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar	16	6,9
Família com filhos em idade escolar	13	5,6
Família com filhos adolescentes	21	9,1
Família Lançadora	80	34,6
Ninho Vazio	29	12,6
Família na Reforma	59	25,5
Não se aplica	6	2,6
Instituição de Recolha		
C.S.F.Magalhães	154	65,8
C.S.São Martinho do Bispo	80	34,2

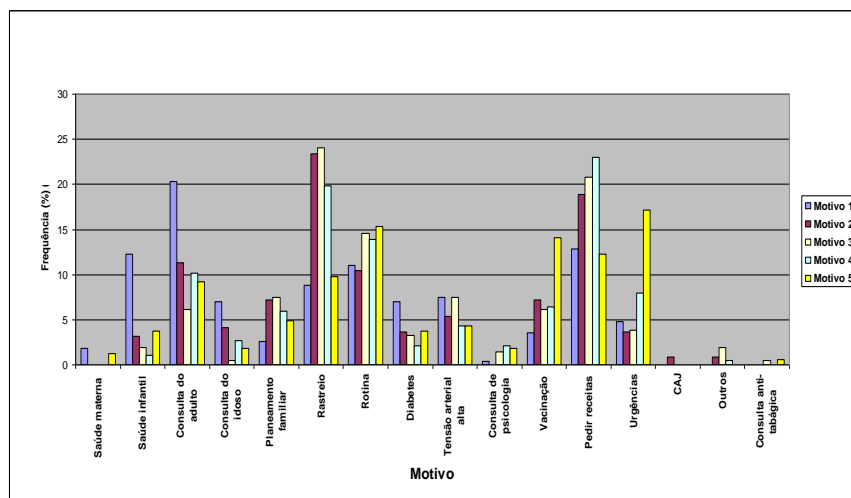
Relativamente ao *número de vezes anual médio que os utentes recorrem ao seu Centro de Saúde*, a resposta mais frequente foi “Mais de 6” (35,1%; n=81), seguida de “2 a 4” e, simultaneamente, de “4 a 6” (25,5%; n=59) e, por último, de “0 a 2” (13,9%; n=32). Os utentes recorrem, em média, aproximadamente entre quatro a seis vezes, por ano, ao seu Centro de Saúde, com um desvio padrão de 1,13 (Figura 1).

Figura 1. Frequência (%) do Número de Vezes que os utentes recorrem ao Centro de Saúde



A cada sujeito foi solicitado que citasse os cinco principais motivos pelos quais a sua família recorre ao Centro de Saúde, estabelecendo uma hierarquia dos motivos por ordem decrescente de frequência, desde o *motivo 1* ao *motivo 5*. A Consulta do Adulto revelou-se o motivo 1 mais frequentemente citado (20,3%; n=46). O Rastreio foi o motivo que registou maior frequência relativamente ao *motivo 2* (23,4%; n=51) e, simultaneamente, ao *motivo 3* (24,1%; n=51). O *motivo 4* mais frequente foi Pedir Receitas (23%; n=43). Por último, Urgências foi o motivo 5 mais citado (17,2%; n=28). Os motivos que registaram menor frequência foram: a Consulta de Psicologia (0,4%; n=1), quanto ao motivo 1; o CAJ e Outros com a mesma proporção (0,9%; n=2), ao nível do motivo 2; a Consulta do Idoso a par da Consulta Anti-tabágica (0,5%; n=1) em relação ao motivo 3; “Outros” (0,5%; n=1) no que concerne ao motivo 4 e, por último, a “Consulta Anti-tabágica” (0,6%; n=1) relativamente ao motivo 5 (Figura 2).

Figura 2. Frequência (%) dos Motivos de recurso ao Centro de Saúde



2.2. Instrumentos

Para além do questionário demográfico que teve por objectivo aceder a um conjunto de dados sociodemográficos e familiares, foi aplicado um questionário de dados complementares¹⁰ e, posteriormente, o seguinte instrumento: Quality of Life/ Qualidade de Vida (Olson & Howard, 1982), versão parental (Ver Anexos 2 a 4).

No âmbito do projecto de investigação mais alargado, conjuntamente com este instrumento, foram aplicados os seguintes instrumentos: FILE- Family Inventory of Life Events and Changes/ Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (McCubbin, Patterson & Wilson, 1981), e F-COPES- Family Crisis Oriented Personal Scales/ Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (McCubbin, Olson & Larsen, 1981). Destes dois instrumentos, apenas o F-Copes foi administrado aos adolescentes.

Face ao objectivo da investigação em causa, apenas será feita menção ao questionário da Qualidade de Vida versão parental, na medida em que os adolescentes foram excluídos da amostra.

2.2.1 Quality of Life (QOL)

O *Quality of Life* (Olson & Howard, 1982) é um inventário de auto-resposta, disponível na versão parental e de adolescentes. A versão parental é constituída por 40 itens e a versão para adolescentes é constituída por 25 itens. Os domínios em cada escala são, essencialmente, os mesmos (19 itens comuns), à excepção do casamento e emprego apenas incluídos na versão parental. Ambas as escalas avaliam um conjunto alargado de variáveis relacionadas com a vida familiar, os amigos, a família alargada, a saúde, o lar, a educação, o lazer, a religião, os *mass media*, o bem-estar económico/

¹⁰ O questionário demográfico e o questionário de dados complementares foram, ambos, construídos pela equipa de investigação, atendendo, o último, às especificidades dos locais de recolha.

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

financeiro e a vizinhança e comunidade, enquanto indicadores de satisfação com a QDV.

A escala de resposta é de tipo Likert, de cinco pontos (de 1- insatisfeito- a 5- extremamente satisfeito), correspondendo a um resultado mais elevado um valor também mais elevado de satisfação com a QDV.

Na versão original, foi possível obter um indicador principal: o resultado total de QDV. Porém, os autores indicam também a possibilidade de análise por subescalas, que correspondem aos indicadores de satisfação com a Qualidade de Vida, citados anteriormente.

Não existindo tradução/versão portuguesa desta escala, procedeu-se à validação transcultural desta escala, segundo os critérios da OMS: traduziram-se os factores e itens para português, aplicando-se a uma pequena amostra de sujeitos escolhidos aleatoriamente. De acordo com as opiniões e sugestões de tais sujeitos, rectificou-se a referida versão portuguesa inicial, voltando a aplicá-la a uma nova amostra aleatória. Posteriormente, procedeu-se a uma retroversão do português para o inglês, trabalho realizado por um tradutor independente, de modo a comparar as duas versões em inglês.

Validação da Escala QOL

No nosso estudo, foi aplicada, à amostra, uma tradução do Quality Of Life.

Partindo dos mesmos procedimentos estatísticos descritos em Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985), obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 2- Alpha de Cronbach do QOL

Dimensões do QOL	Resultados dos autores- Family Inventories (1982)	Nossos resultados
Casamento e Vida Familiar		0,727
Amigos		0,607
Saúde		0,649
Lar e Educação		0,786
Tempo		0,851
Religião		0,685
Emprego		0,695
Mass Media		0,721
Rendimento		0,820
Vizinhança e Comunidade		0,761
Escala Total	0.92	0,889

Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985) procederam a uma análise factorial, através da rotação varimax.

Uma vez que a curva de inflexão no *scree plot* aponta para a possibilidade de utilizar 5 ou 11 factores, existe muita subjectividade na sua análise, pelo que optamos por utilizar os 11 factores na análise.

Na medida em que se obtiveram 11 factores, e após se ter efectuado uma rotação forçada a 12 factores, optou-se por trabalhar com a estrutura factorial de 11 factores. No entanto, após análise dos resultados, constatou-se que no factor 11 apenas saturava um item (25 - A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão: 0,462). Tendo observado que o item referido obtinha saturação semelhante no factor 5 (0,397), escolheu-se trabalhar apenas com 10 factores, tendo deixado cair o factor 11 (Quadro 3).

Quadro 3- Composição dos Factores

Factores	Itens
Casamento e vida familiar	1,2,3,4
Amigos	5,6
Saúde	7,8
Lar e Educação	9,10,11,12,13,14,15
Tempo	16,17,18,19
Religião	21,22
Emprego	20,23,24
Mass Media	25,26,27,28
Rendimento	29,30,31,32,33,34
Vizinhança e comunidade	35,36,37,38,39,40

Os valores de Alpha de Cronbach obtidos permitem verificar que todas as subescalas são admissíveis, variando entre valores fracos, razoáveis e bons.

2.3 Procedimentos

Os procedimentos da investigação consistiram em quatro principais tarefas:

(a) Tarefas Preparatórias

Esta etapa, ocorrida até 14 de Novembro de 2006, consistiu em três principais tarefas:

1. O contacto com os profissionais dos locais de recolha da amostra, no sentido de identificar os colaboradores; definir uma metodologia de registo das famílias a contactar (quadro diário), e definir os objectivos específicos da investigação;
2. A elaboração do protocolo de investigação: ficha de dados demográficos; ficha de dados complementares após recolha dos dados relevantes no local de estágio; tradução/ retroversão da escala Quality of Life e fotocópia das escalas e fichas de dados demográficos/complementares;
3. Treino dos aplicadores/investigadores (6 a 9 de Novembro de 2006), implicando, para o efeito, a prévia construção de um guião de aplicação do protocolo¹¹ que incluiu os seguintes pontos: a apresentação como elemento da equipa de investigação; a referência aos objectivos

¹¹ O guião de aplicação do protocolo foi elaborado sob orientação da Dra. Manuela Vilar, a quem se dirige um agradecimento.

gerais da investigação, já referidos na carta apresentada pelo médico de família¹²; um breve agradecimento pela colaboração na investigação; a abordagem da confidencialidade e anonimato das respostas; a introdução do questionário de dados biográficos e ficha de dados complementares; a introdução dos questionários, pela seguinte ordem de entrega: Quality of Life; FILE e F-COPES¹³ e, finalmente, um agradecimento final¹⁴.

(b) Tarefa 1- Identificação da (s) amostra (s) e recolha de dados

Num primeiro momento, entre 15 de Novembro a 15 de Dezembro de 2006, procedeu-se à definição dos elementos/famílias constituintes da amostra, junto do pessoal administrativo das diferentes instituições, através de uma grelha que lhes fora entregue pelos médicos de família colaboradores no projecto de investigação. Recorrendo à mesma grelha, estabeleceu-se contacto telefónico com os utentes que aceitaram participar na investigação, a fim de agendar encontro, no Centro de Saúde ou noutro local da conveniência do participante, para aplicação de questionários. Ao fazê-lo, aproveitou-se para solicitar a colaboração de outro membro da família, tentando o ajuste entre as disponibilidades do investigador e da família.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação de instrumentos¹⁵, em duas

¹²Ver Anexo 5.

¹³ A Introdução dos questionários contemplou os procedimentos a adoptar nas seguintes situações:

- (a) Na eventualidade de surgirem dúvidas no decorrer da aplicação dos questionários, deverá o aplicador reler os itens em voz alta;
- (b) Tendo em conta o caso particular da população idosa (e não só), relativamente à dificuldade em fazer o preenchimento dos questionários sem abordar outros temas, o investigador pedirá ao participante que, naquele momento, se concentre no preenchimento do questionário, comprometendo-se a conversar com ele no final da aplicação;
- (c) No caso de, na amostra, surgirem indivíduos iletrados, estes não serão excluídos e a aplicação será efectuada. No entanto, nos questionários de auto-resposta, as instruções e os itens serão lidos em voz alta pelo investigador que irá assinalar também as respostas. Na leitura, o investigador deverá tentar manter o mesmo tom de voz e ritmo a fim de minimizar o grau de interferência na resposta do indivíduo.

¹⁴ O guião de aplicação do protocolo adverte ainda que, no caso do sujeito participante pedir informação acerca de um conhecimento posterior das conclusões da investigação, o investigador deverá garantir que essa informação lhe chegará posteriormente. Consoante as especificidades de cada local de recolha de dados, também poderão ser propostas diferentes formas de devolver a informação solicitada.

¹⁵ De todos os locais de recolha, os Centros de Saúde constituíram os locais onde foi possível recolher um maior número de famílias para a amostra. Apesar da disparidade ao nível do número de famílias recolhidas, entre os vários locais, todos os investigadores colaboraram na aplicação de questionários, independentemente do

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anapaticia-oliveira@hotmail.com) 2007

fases: entre 15 de Novembro de 2006 e 31 de Janeiro e entre 15 de Fevereiro e 10 de Março de 2007, respectivamente. Os questionários foram aplicados nas sedes dos Centros de Saúde e, quando necessário, no domicílio. Em qualquer das circunstâncias, sempre que compareciam, em simultâneo, mais que um membro por família, tentou-se salvaguardar a fiabilidade e confidencialidade dos questionários, efectuando a aplicação dos mesmos em espaços físicos distintos.

(c) Tarefa 2- Base de Dados

O primeiro passo consistiu na definição das variáveis constituintes da base de dados e respectiva codificação, até 30 de Novembro de 2006. Finalmente, até 15 de Fevereiro de 2007, procedeu-se à construção da base de dados, a partir de todos os questionários aplicados, resultando numa base de dados única¹⁶ que veio a ser completada com os dados recolhidos na segunda fase de aplicação dos instrumentos.

(d) Tarefa 3- Caracterização da(s) amostras e outros procedimentos estatísticos

A partir da base de dados definitiva, procedeu-se à caracterização da amostra atendendo aos seguintes critérios: sexo, idade, nível de habilitações, estatuto sócio-económico, etapa do ciclo vital, números de vezes e motivos pelos quais as famílias recorrem aos Centros de Saúde.

Quanto aos procedimentos estatísticos, recorrendo ao SPSS 15.0 for WINDOWS, utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: o *Alfa de Cronbach* para medir a consistência interna, a *Rotação Varimax* para análise factorial e o *coeficiente de Pearson* para as análises correlacionais das dimensões. No âmbito dos objectivos e hipóteses desta investigação, procedeu-se à análise descritiva das variáveis em estudo e, posteriormente, à verificação de pressupostos para utilização da ANOVA (recorrendo ao teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e ao teste de homogeneidade das variâncias de *Levene*) e para utilização do teste do Qui-Quadrado (por meio da análise de frequência esperada das células). Por último, realizaram-se alguns testes, tais como: o teste de *Kruskal-Wallis*, a fim de relacionar a satisfação da QDVF e respectivas dimensões com a utilização do Centro de Saúde, em termos de motivos e número de vezes e, ainda, com o fim de relacionar estas duas últimas variáveis com a idade; o teste *U de Mann-Whitney* relativamente às relações que, após o teste de *Kruskal-Wallis*, resultaram significativas; o *Ró de Spearman* para correlacionar a satisfação da QDVF e respectivas dimensões com o número de vezes e com a avaliação subjectiva da QDVF e a fim de correlacionar a satisfação da QDVF com a satisfação das suas dimensões e, finalmente, o teste do *Qui-Quadrado* e o *V*

seu local de estágio de origem. O objectivo deste trabalho de equipa foi a construção de uma base de dados única.

¹⁶ A base de dados que serve o presente estudo foi seleccionada a partir da atrás referida base de dados única, incluindo, agora, apenas as famílias participantes através dos Centros de Saúde.

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatrícia-oliveira@hotmail.com) 2007

de Cramer para medir, respectivamente, a relação e a associação entre as variáveis motivos e sexo, número de vezes e sexo, número de vezes e nível sócio-económico, níveis de satisfação e motivos e, por último, níveis de satisfação e número de vezes.

IV - Resultados

Face ao objectivo principal deste estudo, analisar como a satisfação da QDVF e respectivas dimensões varia em função dos motivos e do número de vezes que os utentes recorrem aos Centros de Saúde, começou-se por fazer uma análise descritiva das variáveis em estudo.

1) A variável número de vezes encontra-se analisada descritivamente no ponto anterior, aquando da caracterização da amostra, aplicando-se o mesmo à variável motivos. Contudo, esta última variável foi recodificada, neste ponto. Para o efeito, consideraram-se os quatro motivos com maior frequência relativamente ao motivo 1, resultando os seguintes motivos: Consulta do Adulto, Pedir Receitas, Saúde Infantil e Rotina (Figura 3). Posteriormente, seleccionaram-se os casos em função dos referidos motivos, resultando 110 famílias, às quais correspondem 128 sujeitos. Assim, sempre que os resultados implicarem a variável motivos, apenas serão tidos em consideração os 128 sujeitos.

Figura 3- Principais Motivos



2) Quanto à satisfação da QDVF, procedeu-se à sua análise descritiva, utilizando os resultados totais e aplicando o mesmo procedimento às suas dimensões (Tabela 1).

Tabela 1- Estatísticas Descritivas da satisfação da QDVF/ dimensões

	N	M	DP
QDVT	234	125,71	17,497
Casamento e Vida Familiar	234	15,64	3,127
Amigos	234	7,03	1,613
Saúde	234	5,74	1,598
Lar e Educação	234	22,97	4,461
Tempo	234	12,66	3,488
Religião	234	6,57	1,669
Emprego	234	9,38	2,470
Mass media	234	11,33	2,586
Rendimento	234	16,63	4,615
Vizinhança e Comunidade	234	17,76	4,015

3) De seguida, analisou-se a *relação da satisfação da QDVF com os motivos pelos quais as famílias recorrem aos Centros de Saúde*, estendendo a análise às dimensões da QDVF. Num primeiro momento, exploraram-se os dados através das estatísticas descritivas (Anexo 6, Quadro 1). Posteriormente, verificaram-se os pressupostos para aplicação da ANOVA: a normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias. Relativamente ao pressuposto da normalidade, em virtude da amostra ser constituída por mais de 30 sujeitos, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, a fim de analisar o ajustamento ou aderência à normalidade da distribuição, utilizando a correcção de Lilliefors. Concluiu-se a violação do pressuposto da normalidade da distribuição da satisfação da QDVF e suas dimensões (Anexo 6, Quadro 2). Através do teste de Levene, verificou-se o pressuposto de homogeneidade das variâncias, traduzindo que as dispersões observadas na satisfação da QDVF e suas dimensões não são consideradas significativamente diferentes entre si, uma vez que o teste Levene tem associado níveis de significância superiores a 0,05 (Anexo 6, Tabela 1). Contudo, a violação do pressuposto da normalidade inviabilizou a utilização da ANOVA. Consequentemente, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, um teste não paramétrico, alternativo à ANOVA quando este não reúne todos os pressupostos (Anexo 6, Tabela 2). Apuraram-se variações significativas em função dos motivos, relativamente à satisfação com a Saúde ($X^2=14,970$; $gl=3$; $p=0,002$) e à satisfação com o Tempo ($X^2=12,822$; $gl=3$; $p=0,005$) (Tabela 2).

Tabela 2- Relação da satisfação das dimensões Saúde e Tempo com os

	Motivos	
	Saúde	Tempo
X^2	14,970	12,822
gl	3	3
Sig.	,002	,005

Às subescalas da Saúde e do Tempo, aplicou-se o teste U de Mann-

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

Whitney (Anexo 6, Tabela 3), um teste que compara o centro de localização das duas amostras. Por conseguinte, compararam-se os grupos de motivos, dois a dois, tendo-se encontrado as seguintes diferenças significativas (Figuras 4 e 5):

- entre a Consulta do Adulto e Pedir Receitas ($p=0,018$), que confirma uma maior satisfação com a Saúde quando o motivo é a Consulta do Adulto (Tabela 3).

Tabela 3-Diferença entre a Consulta do Adulto e Pedir Receitas

	Saúde
U de Mann-Whitney	455,000
Wilcoxon W	890,000
Z	-2,363
Sig. (2-tailed)	,018

- entre a Consulta do Adulto e a Saúde Infantil, na satisfação com a Saúde ($p= 0,038$) e com o Tempo ($p=0,020$) em função dos motivos, revelando que os indivíduos se encontram mais satisfeitos com a Saúde quando o motivo é a Saúde Infantil e, ainda, mais satisfeitos com o Tempo quando o motivo é a Consulta do Adulto (Tabela 4).

Tabela 4- Diferença entre a Consulta do Adulto e a Saúde Infantil

	Saúde	Tempo
Mann-Whitney U	464,500	436,500
Wilcoxon W	1545,500	842,500
Z	-2,078	-2,327
Sig. (2-tailed)	,038	,020

- entre Pedir Receitas e a Saúde Infantil, na satisfação com a Saúde ($p=0,000$) e com o Tempo ($p=0,005$), sendo que os indivíduos sentem-se mais satisfeitos com a Saúde quando o motivo é a Saúde Infantil e, ainda, mais satisfeitos com o Tempo quando o motivo é Pedir Receitas (Tabela 5).

Tabela 5- Diferença entre Pedir Receitas e a Saúde Infantil

	Saúde	Tempo
Mann-Whitney U	173,000	229,500
Wilcoxon W	608,000	635,500
Z	-3,786	-2,837
Sig. (2-tailed)	,000	,005

- entre Pedir Receitas e Rotina, ($p=0,025$) que permite concluir que os indivíduos que escolhem a Rotina como motivo principal sentem-se mais satisfeitos com a Saúde do que os indivíduos que elegem o motivo Pedir Receitas (Tabela 6).

Tabela 6- Diferenças entre Pedir Receitas e a Rotina

	Saúde
--	-------

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anapatrícia-oliveira@hotmail.com) 2007

Mann-Whitney U	236,000
Wilcoxon W	671,000
Z	-2,239
Sig. (2-tailed)	,025

- entre a Saúde Infantil e a Rotina, ($p=0,001$), o que confirma que os indivíduos cujo motivo principal foi a Rotina sentem-se mais satisfeitos com o Tempo do que os indivíduos que escolheram o motivo Saúde Infantil (Tabela 7).

Tabela 7- Diferença entre Saúde Infantil e Rotina

	Tempo
Mann-Whitney U	164,000
Wilcoxon W	570,000
Z	-3,333
Sig. (2-tailed)	,001

Figura 4- Satisfação com a Saúde, em função dos Motivos

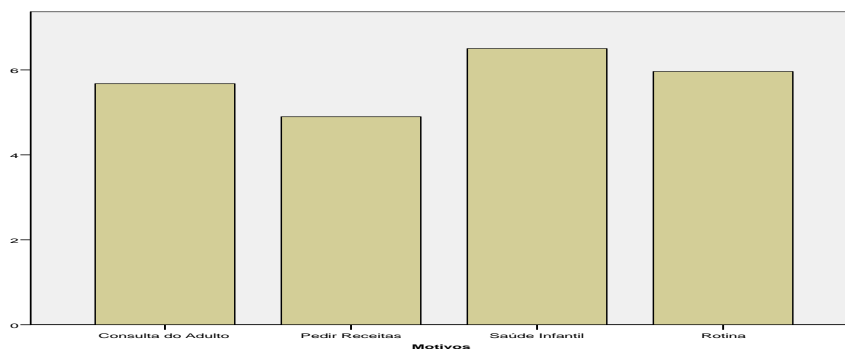
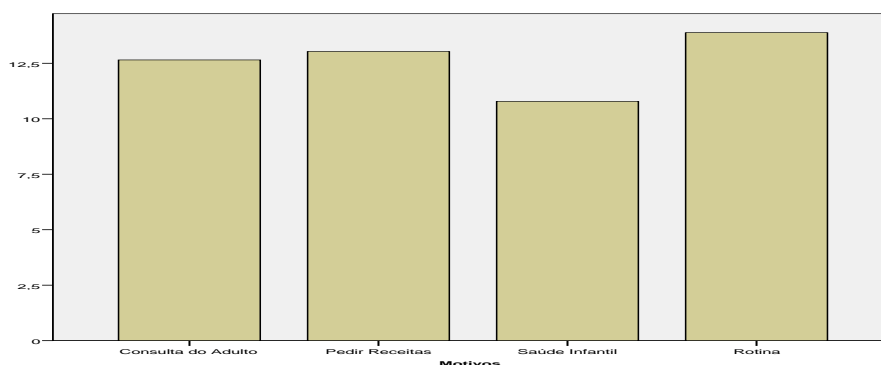


Figura 5- Satisfação com o Tempo em função dos Motivos



4) De seguida, estudou-se a *relação da satisfação da QDVF e respectivas dimensões com o número de vezes que a família recorre, em média, por ano, ao seu Centro de Saúde*. Antes de mais, exploraram-se os dados através das estatísticas descritivas e, de seguida, estudou-se a normalidade (Anexo 6, Quadros 3 e 4). De seguida, correlacionou-se a satisfação da QDVF e suas dimensões com o número de vezes que os indivíduos recorrem ao Centro de

Saúde, utilizando o Ró de Spearman, o mais indicado para distribuições que não seguem a normalidade (Anexo 6, Tabela 4). Constatou-se que existe uma associação baixa e negativa, estatisticamente significativa, ao nível de 0,01, entre a satisfação com a Saúde e o número de vezes (Ró Spearman = -0,299; p= 0,000), sendo que 8,9% da variação da satisfação com a Saúde é explicada pelo número de vezes. Verifica-se, ainda, com uma significância estatística ao nível de 0,05, uma associação muito baixa e negativa do número de vezes à satisfação com o Emprego (Ró de Spearman=-0,0155; p=0,018) e, também, com o Rendimento (Ró de Spearman=-0,160; p=0,015), sendo que 2,4% e 2,6% da variação na satisfação com tais dimensões, respectivamente, são explicadas pelo número de vezes. Em síntese, verifica-se menor satisfação com a Saúde, Emprego e Rendimento, à medida que aumenta o número de idas ao Centro de Saúde e vice-versa.

Por último, uma única associação muito baixa e positiva, estatisticamente significativa, ao nível de 0,05, entre a satisfação com os Mass Media e o número de vezes (Ró de Spearman =0,161; p=0,014), sendo que 2,6% da variação na satisfação com os Mass média são explicados pelo número de vezes. Assim, o aumento de satisfação com os Mass Media associa-se, em média, ao aumento das idas aos Centros de Saúde e vice-versa (Tabela 8).

Tabela 8- Correlações significativas entre as dimensões da QDVF e o Número de Vezes

	Ró de Spearman Correlação	Sig. (2-tailed)
Saúde	-,299(**)	,000
Emprego	-,155(*)	,018
Mass média	,161(*)	,014
Rendimento	-,160(*)	,015

** A Correlação é significante ao nível de 0.01 (2-tailed).

*A Correlação é significante ao nível de 0.05 (2-tailed)

5) Analisou-se, também, através do Ró de Spearman, a *correlação entre satisfação da QDVF e das respectivas dimensões*, constatando, na generalidade, correlações moderadas e positivas, estatisticamente significativas, ao nível de 0,01, à excepção da correlação entre a satisfação da QDVF e a satisfação com o Rendimento que revelou uma associação alta (Ró de Spearman=0,709; p=0). Concluindo, verifica-se um aumento da satisfação da QDVF, à medida que aumenta a satisfação com as respectivas dimensões e vice-versa (Tabela 9).

Tabela 9-Correlação entre a satisfação da QDVF e das respectivas dimensões

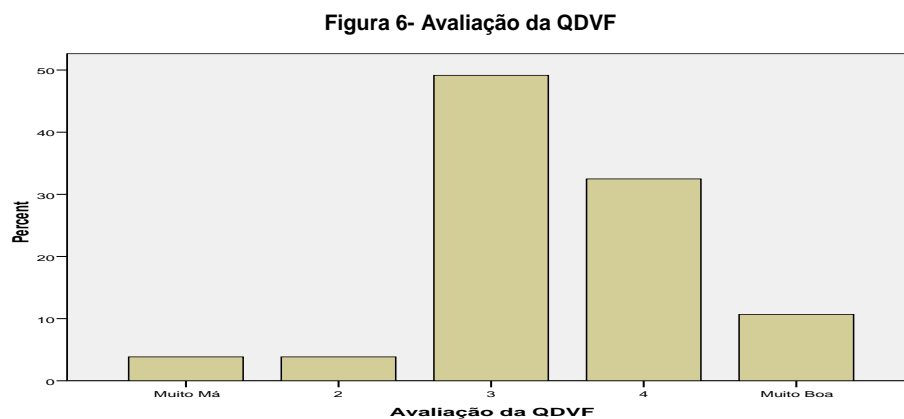
	Ró de Spearman	Sig. (2 tailed)
QDVT	1	,000
Casamento e Vida Familiar	,603(**)	,000
Amigos	,415(**)	,000
Saúde	,454(**)	,000

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

Lar e Educação	662(**)	,000
Tempo	,517(**)	,000
Religião	,424(**)	,000
Emprego	,560(**)	,000
Mass media	,411(**)	,000
Rendimento	,709(**)	,000
Vizinhança e Comunidade	,639(**)	,000

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)

6) Posteriormente, estudou-se a *relação entre a satisfação da QDVF e o modo como os sujeitos avaliam, globalmente, a sua QDVF*, aplicando o mesmo tipo de análise às dimensões da QDVF. A partir da exploração dos dados através das estatísticas descritivas (Anexo 6, Quadro 5), constatou-se que a avaliação da QDVF mais frequentemente atribuída pelos sujeitos correspondeu ao nível 3, o nível intermédio entre 1 (*Muito Má*) e 5 (*Muito Boa*) (Figura 6).



7) De seguida, analisou-se a *correlação entre a satisfação da QDVF/dimensões e a avaliação da QDVF*, utilizando o coeficiente do Ró de Spearman por não se garantir a normalidade da distribuição (Anexo 6, Quadro 6 e Tabela 5). De acordo com os resultados obtidos, verifica-se, a um nível de significância de 0,01, que a satisfação da QDVF, Lar e Educação, Tempo e Rendimento se associam positivamente à avaliação global da QDVF, com Ró de Spearman igual a 0,173; 0,193; 0,177 e 0,173 e com p igual a 0,008; 0,003; 0,007 e 0,008, respectivamente. Acresce, ainda, que 3%; 3,7%; 3,1% e 3% da satisfação da QDVF, Lar e Educação e Tempo, respectivamente, são explicados pela avaliação global da QDVF. Ainda, a um nível de significância de 0,05, verifica-se que a satisfação com o Casamento e Vida Familiar e com a Saúde se associa positivamente à Avaliação global da QDVF com Ró de Spearman igual a 0,156 e 0,154 e com p igual a 0,017 e 0,018, respectivamente, sendo que 2,4% de variação, em ambas as dimensões, é explicada pela avaliação global da QDVF.

Em suma, o aumento da satisfação da QDVF e dimensões Lar/Educação, Tempo e Rendimento associa-se, em média, a uma mais elevada percepção global do sujeito sobre a sua QDVF. O mesmo acontece,

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anapatrícia-oliveira@hotmail.com) 2007

embora de forma menos significativa, com as dimensões Casamento/ Vida Familiar e Saúde.

Por último, a um nível de 0,05, constata-se uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre a satisfação com os Mass media e a avaliação global da QDVF (Ró de Spearman=-0,138; p=0,035), donde se conclui que o aumento da satisfação com os Mass media se associa, em média, a uma diminuição na avaliação global da QDVF. Ainda, 1,9% da Satisfação com os Mass media são explicados pela Avaliação global da QDVF. Por último, salienta-se o facto de tais associações estatisticamente significativas serem muito baixas (Tabela 10).

Tabela 10- Correlações significativas entre a QDVF/ Dimensões e a Avaliação da QDVF

	Ró de Spearman	
	Correlação	Sig. (2-tailed)
QDVF	,173(**)	,008
Casamento e Vida Familiar	,156(*)	,017
Saúde	,154(*)	,018
Lar e Educação	,193(**)	,003
Tempo	,177(**)	,007
Mass média	-,138(*)	,035
Rendimento	,173(**)	,008

** Correlação significativa ao nível de 0.01 level (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed).

8) A fim de identificar o que motiva indivíduos de diferente género, idade e nível sócio-económico, a recorrerem ao Centro de Saúde e, também, com que frequência o fazem, averiguou-se a *relação das variáveis género, idade e nível sócio-económico com os motivos e número de vezes*.

Relacionando as variáveis motivos e género, através do teste do Qui-quadrado, não se encontra nenhuma relação estatisticamente significativa ($\chi^2=5,192$; gl=3; p=0,158) (Tabela 11 e Anexo 6, Tabelas 6 e 7).

Tabela 11-Relação entre Motivos e Género

	Value	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	5,192(a)	3	,158
N	128		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,79.

A fim de relacionar os motivos com a idade, utilizou-se o teste de Kruskal Wallis pois não se cumpriam todos os pressupostos para utilização da ANOVA, ainda que a idade se distribua normalmente na maioria dos motivos. Porém, a distribuição não segue a normalidade, relativamente ao motivo Pedir Receitas. (Anexo 6, Tabelas 8 a 10). Verificou-se que as idades se diferenciam por grupos de motivos (Tabela 12).

Tabela 12- Relação entre Motivos e Idade

	idade próprio
X ²	37,632
df	3
Asymp. Sig.	,000

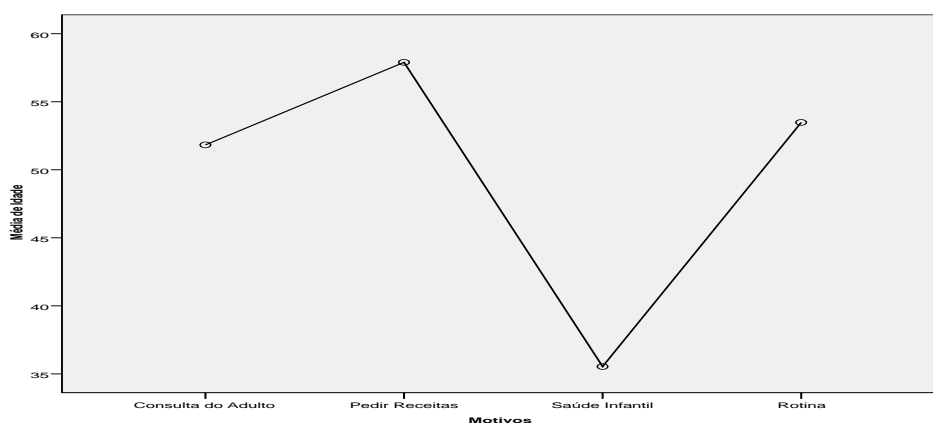
Utilizando o teste U de Mann de Whitney (Anexo 6, Tabela 11), comprovaram-se as seguintes diferenças significativas: entre a Consulta do Adulto e Pedir Receitas ($p=0,028$), com idades superiores no segundo motivo; entre Consulta do Adulto e Saúde Infantil ($p=0,000$) com idades superiores no primeiro motivo; entre Pedir Receitas e Saúde Infantil ($p=0,000$), revelando uma média de idade superior no primeiro motivo; e, finalmente, entre Saúde Infantil e Rotina ($p=0,000$), traduzindo uma idade média inferior no primeiro motivo.

Em síntese, o motivo Pedir Receitas distingue-se da Consulta do Adulto, em sujeitos idosos. Por sua vez, a Saúde Infantil diferencia-se significativamente de todos os grupos, caracterizando-se como um grupo mais jovem. (Tabela 13 e Figura 7).

Tabela 13- Diferenças entre os Motivos

	Consulta do Adulto e Pedir Receitas	Consulta do Adulto e Saúde infantil	Pedir Receitas e Saúde infantil	Saúde Infantil e Rotina
Mann-Whitney U	464,500	187,500	92,500	109,000
Wilcoxon W	1545,500	593,500	498,500	515,000
Z	-2,204	-5,091	-5,009	-4,297
Sig. (2-tailed)	,028	,000	,000	,000

Figura 7- Idades em função dos Motivos



Relacionando os motivos e o nível sócio-económico, verifica-se que existem 3 células da tabela com frequência esperada inferior a 1 e, ainda, 4 células com frequências esperadas inferiores a 5, ambas respeitantes aos sujeitos de nível sócio-económico elevado, o que viola os pressupostos do Qui-Quadrado podendo tornar a sua interpretação enganadora. (Anexo 6,

Tabelas 12 a 14).

Contudo, agrupando os níveis sócio-económico médio e alto, verificam-se os pressupostos do Qui-Quadrado, comprovando-se uma relação estatisticamente significativa, (X^2 de Pearson=13,276; $gl=3$; $p=0,004$) e, ainda, uma associação fraca entre as variáveis (V de Cramer= 0,322; $p=0,004$) (Tabelas 15 e 16). Daqui, conclui-se que os indivíduos de nível sócio económico médio alto utilizam o Centro de Saúde, em primeiro lugar, por motivos de Consulta do Adulto e, simultâneamente, por motivo de Saúde Infantil, seguidamente por Rotina e, menos frequentemente, para Pedir receitas. Já os indivíduos de nível sócio económico baixo, apesar de também utilizarem mais frequentemente a Consulta do Adulto, utilizam, de seguida, o motivo Pedir receitas, a Rotina e, por último, a Saúde Infantil (Figura 8 e Anexo 6, Tabela 15).

Tabela 15- Relação entre os Motivos e o Nível Sócio-Económico

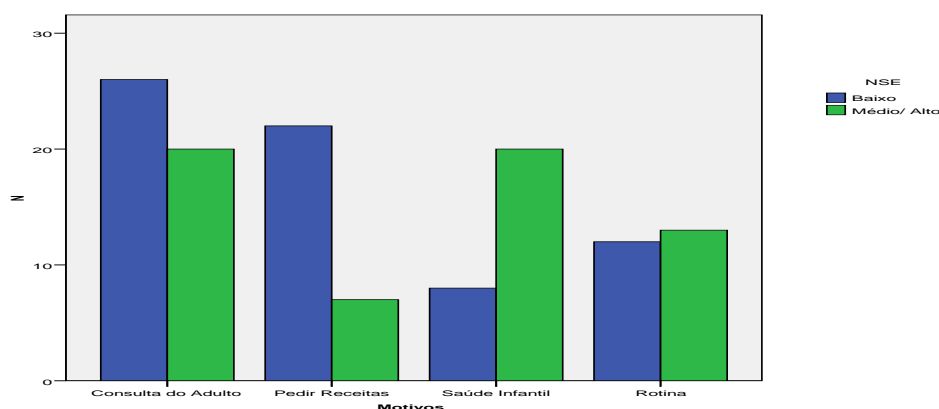
	Value	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	13,276(a)	3	,004
N	128		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,72.

Tabela 16- Associação entre os Motivos e o Nível Sócio-Económico

	Value	Sig.
V de Cramer	,322	,004
N	128	

Figura 8- Relação entre os Motivos e o Nível sócio-Económico.



A relação entre o número de vezes e o género foi analisada através do teste do Qui-Quadrado, revelando uma relação significativa (X^2 de Pearson=9,753; $gl=3$; $p=0,021$) e, ainda, uma fraca associação entre as variáveis (V de Cramer=0,205; $p=0,021$), tendo-se concluindo que as mulheres recorrem mais vezes ao Centro de Saúde que os homens, sendo

que a moda, relativamente às mulheres, é mais de 6 vezes e, no que concerne aos homens, é 2 a 4 vezes (Tabelas 17 e 18, Figura 9 e Anexo 6, Tabela 16).

Tabela 17- Relação entre o Número de Vezes e o Género

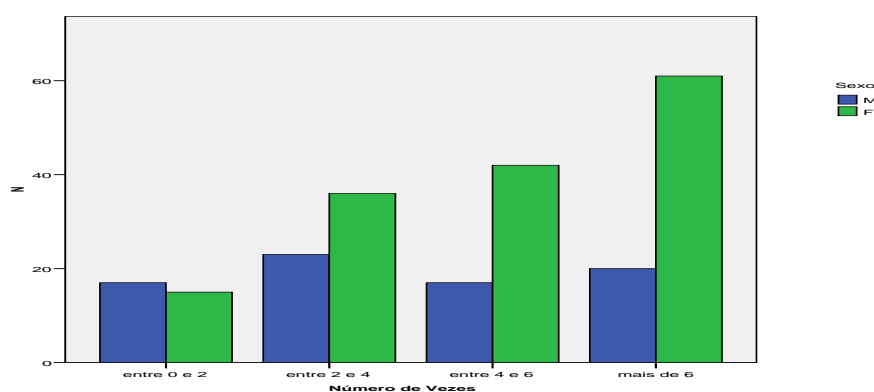
	Value	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	9,753(a)	3	,021
N	231		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,67.

Tabela 18- Associação entre o Número de Vezes e o Género

	Value	Sig.
V de Cramer	,205	,021
N	231	

Figura 9- Relação entre o Número de Vezes e o Género



Aferiu-se a relação entre o número de vezes e a idade, utilizando o teste de Kruskal Wallis, na medida em que não se verifica o pressuposto da normalidade em relação a alguns grupos de número de vezes (Anexo 6, Tabelas 17 a 19). O resultado do teste revelou que não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=2,597$; $gl=3$; $p=0,458$) (Tabela 19).

Tabela 19- Relação entre o Número de Vezes e a Idade

	idade próprio
X ²	2,597
df	3
Sig.	,458

Relacionando o número de vezes com o nível sócio-económico, verifica-se que existe uma célula da tabela com frequência esperada inferior a 1 e, ainda, 4 células com frequências esperadas inferiores a 5, ambas respeitantes aos sujeitos de nível sócio-económico elevado, violando, deste

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

modo, os pressupostos do Qui-Quadrado podendo tornar a sua interpretação enganadora (Anexo 6, Tabelas 20 a 22).

Contudo, agrupando os níveis sócio-económico médio e alto, comprovam-se os pressupostos do Qui-Quadrado, não se encontrando, contudo, nenhuma relação estatisticamente significativa com o número de vezes (X^2 de Pearson=1,012; gl=3; p=0,798) (Anexo 6, Tabelas 23 a 25).

Em suma, verificou-se uma relação significativa entre os motivos e a idade, sendo que os sujeitos mais jovens recorrem mais à Saúde Infantil enquanto os mais velhos utilizam o Centro de Saúde, sobretudo, a fim de Pedir Receitas. Os motivos relacionam-se ainda, significativamente, com o nível sócio-económico, sendo que o nível sócio-económico médio/ alto regista maior frequência na Consulta do Adulto e na Saúde Infantil, enquanto o nível sócio-económico baixo se concentra, essencialmente, na Consulta do Adulto e em Pedir Receitas.

Quanto ao número de vezes, surgiu uma relação significativa entre o número de vezes e o género, sendo que as mulheres são quem mais recorre aos Centros de Saúde. Contudo, a relação do número de vezes com a idade e com o nível sócio-económico não se revelou significativa.

9) Considerando a Satisfação da QDVF e respectivas dimensões por níveis, pretendeu-se saber em que medida é que estas se associam às variáveis motivos e número de vezes. Em primeiro lugar, recodificaram-se as variáveis da satisfação da QDVF e suas dimensões em variáveis diferentes. Após o corte, por percentis, em três grupos iguais, os níveis de satisfação (baixo, médio e elevado) foram encontrados considerando, relativamente aos resultados da escala e subescalas, os intervalos entre os seguintes pontos: o mínimo, o primeiro percentil, o segundo percentil e o máximo. De seguida, analisaram-se descritivamente as novas variáveis, constatando que a moda do nível de satisfação da QDVF e suas dimensões é o nível baixo de satisfação, exceptuando-se os casos da satisfação com os Amigos, Mass media e Vizinhança/ Comunidade, cuja moda é o nível médio de satisfação (Anexo 6, Tabela 26).

A fim de relacionar os níveis de satisfação com os motivos e com o número de vezes, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado, uma vez que, em ambas as análises, estão implícitas duas variáveis categoriais (Anexo 6, Tabelas 27 a 85).

Verificou-se a existência de uma relação significativa entre os motivos e a satisfação com a Saúde (X^2 de Pearson=19,547; gl=6; p=0,003) e com o Tempo (X^2 de Pearson=16,812; gl=6; p=0,010), comprovando-se, em ambos os casos, associações fracas, com V de Cramer igual a 0,276 e 0,256, respectivamente, aos quais se associa p=0,003 e 0,010, respectivamente (Tabelas 20 e 21). Os sujeitos com elevada satisfação com a Saúde recorrem ao Centro de Saúde, principalmente, por motivo de Saúde infantil, de seguida, e na mesma proporção, para Pedir Receitas e para Rotina e, por último, para a Consulta do Adulto. Os sujeitos com elevada satisfação com o Tempo recorrem ao Centro de Saúde, principalmente pela Consulta do Adulto, seguidamente pela Rotina, Pedir Receitas e, por último, pela Saúde Infantil (Anexo 6, Tabelas 34 a 85 e Figuras 10 e 11).

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

De referir, ainda, que não se verificam os pressupostos do Qui-Quadrado para análise da relação entre os motivos e os níveis de satisfação com os Amigos, Religião e Emprego uma vez que, em ambos os casos, mais de 20% das células têm frequência esperada inferior a 5.

Tabela 20- Relações entre os Motivos e os Níveis de Satisfação

	X ² de Pearson	gl	Sig. (2-sided)
Saúde	19,547(a)	6	,003
Tempo	16,812(a)	6	,010

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,42.

N=128

Tabela 21- Associações entre os Motivos e os Níveis de Satisfação

	V de Cramer	Sig.
Saúde	,276	,003
Tempo	,256	,010

N=128

Figura 10- Relação entre os Motivos e a Satisfação com a Saúde

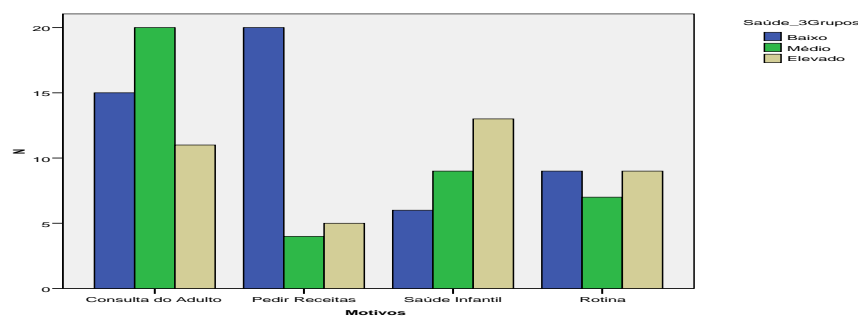
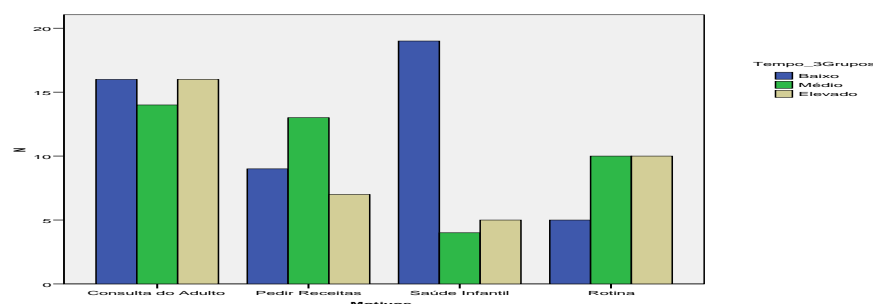


Figura 11- Relação entre Motivos e a Satisfação com o Tempo



Constatou-se, ainda, uma relação significativa entre o número de vezes e a satisfação com a Saúde (X² de Pearson=25,449; gl=6; p=0) e, também, uma baixa associação entre as variáveis (V de Cramer=0,235; p=0,000) (Tabelas 22 e 23). Os indivíduos com nível elevado de satisfação com a Saúde, recorrem, sobretudo, entre 2 a 4 vezes ao Centro de Saúde,

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail:anaptricia-oliveira@hotmail.com) 2007

seguidamente mais de 6 vezes, entre 4 a 6 vezes e, por último, entre 0 a 2 vezes. Já os indivíduos com baixo nível de satisfação com a Saúde recorrem ao Centro de Saúde, essencialmente, mais de 6 vezes, depois entre 4 a 6 vezes, entre 2 a 4 vezes e, por último, entre 0 a 2 vezes. Daqui resulta que um maior nível de satisfação com a Saúde se associa, em média, à diminuição das idas aos Centros de Saúde (Figura 12 e Anexo 6, Tabelas 56 a 85).

Tabela 22- Relação entre o Número de Vezes e a Satisfação com a Saúde

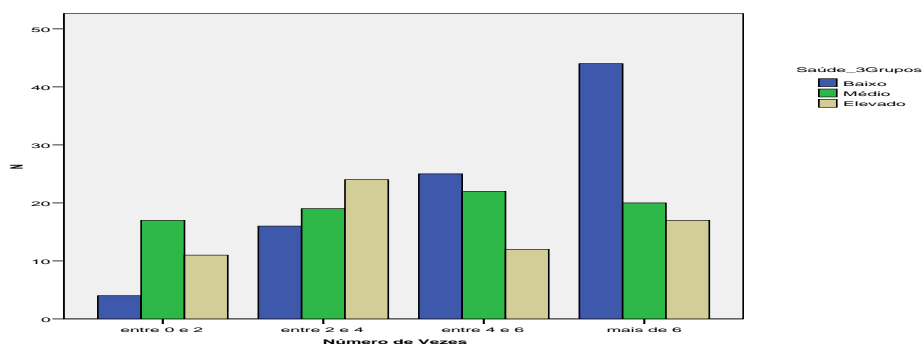
	Value	df	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	25,449(a)	6	,000
N	231		

(a) 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,87.

Tabela 23- Associação entre o Número de Vezes e a Satisfação com a Saúde

	Sig.	Value
V de Cramer	,235	,000
N	231	

Gráfico 9- Relação entre o número de vezes e níveis de satisfação com a Saúde



V - Discussão

Com este trabalho, procurou-se elaborar um “retrato-tipo” da relação entre a QDVF dos utentes do Centro de Saúde e a utilização desses serviços. Começando pela amostra, os utentes são maioritariamente do género feminino com uma idade em média de 54 anos, casados, residentes em local predominantemente urbano, caracterizados por um nível sócio-económico baixo, possuindo, em média, o 6.º ano de escolaridade, embora o mais

frequente seja o 4.º ano e situam-se, em média, na etapa do ciclo vital “Família Lançadora”. Os utentes recorrem ao Centro de Saúde, em média, quatro a seis vezes por ano, principalmente, pelo motivo da Consulta do Adulto. Este perfil aproxima-se do que era teoricamente esperado com base no estudo de Ferreira e colaboradores (2005), segundo o qual são as mulheres quem mais procura o Centro de Saúde. Em média, a idade dos utentes é de 56 anos e o número de visitas é de cinco vezes, principalmente pelo objectivo de tratamento de doença arrastada ou crónica com sintomatologia, vigilância e aconselhamento.

De acordo com o principal objectivo desta investigação, analisar de que modo a satisfação da QDVF e respectivas dimensões variam em função dos motivos e do número de vezes a que os utentes recorrem aos Centros de Saúde e, atendendo ainda ao objectivo de saber como é que sujeitos de género, idade e nível sócio-económico variados se diferenciam relativamente aos motivos e ao número de idas aos Centros de Saúde, foram colocadas algumas hipóteses. Um último objectivo aproxima-se do primeiro, distinguindo-se pela utilização de níveis de satisfação em vez de resultados totais da escala e subescalas da QDVF.

Relativamente ao objectivo principal, colocou-se a hipótese de que a maior satisfação da QDVF se associasse a uma mais baixa frequência de utilização do Centro de Saúde e que surgisse, ainda, uma relação significativa entre maior satisfação da QDVF e o recurso ao Centro de Saúde por motivos ligados à prevenção e associados ao desenvolvimento e, por outro lado, uma relação significativa entre menor satisfação e o motivo de tratamento de doença arrastada ou crónica com sintomatologia. Estimou-se, igualmente, que a frequência aos Centros de Saúde se associasse, positivamente, ao factor idade.

Colocaram-se, ainda, outras hipóteses, tais como uma maior correlação da subescala Saúde com o resultado total da escala e, por último, uma correlação positiva entre a satisfação da QDVF e a avaliação subjectiva da mesma.

No que concerne à variação da QDVF e subescalas, em função dos motivos, constataram-se variações significativas relativamente à satisfação com a Saúde e com o Tempo. Relativamente à Saúde, verifica-se que Pedir Receitas se distingue dos restantes motivos, traduzindo uma menor satisfação. Verificou-se, também, uma maior satisfação em função da Saúde Infantil do que da Consulta do Adulto. Daqui resulta a confirmação da hipótese de que os sujeitos revelam maior satisfação com a Saúde quando os motivos de recurso se prendem com a prevenção e o desenvolvimento, como sejam a Rotina, a Saúde Infantil e a Consulta do Adulto, do que quando o motivo é o tratamento de doença arrastada ou crónica com sintomatologia, como seja Pedir Receitas. Os resultados obtidos adquirem sentido à luz de Fries e colaboradores, citados por Stroebe e Stroebe (1999), no que concerne ao objectivo da promoção da saúde: o aumento da QDV, adiando o surgimento de doença crónica e aumentando o período de vida activa.

De salientar ainda que, face aos resultados obtidos, Pedir Receitas constitui um dos principais motivos de utilização do Centro de Saúde e,

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapaticia-oliveira@hotmail.com) 2007

concomitantemente, o motivo ao qual se associa menor satisfação com a Saúde, explicando assim que, na amostra deste estudo, não faça sentido considerá-lo como um acto burocrático, tal como defendia Ferreira e colaboradores (2005).

Relativamente ao Tempo, os indivíduos revelam maior satisfação em função de qualquer um dos motivos quando comparados com a Saúde Infantil, o que assume sentido face ao nível etário subjacente aos motivos referidos. Desta forma, tal como se previa, coloca-se a hipótese de que os idosos, independentemente da sua condição de Saúde, se sintam mais satisfeitos com o Tempo (tempo livre para eles próprios, para a família e para a lida da casa).

Quanto ao número de vezes a que os utentes recorrem ao Centro de Saúde, apesar de não se confirmar a hipótese de que maior satisfação da QDVF se associe, significativamente, a uma mais baixa frequência de utilização do Centro de Saúde, verificou-se que o número de vezes se associa negativamente, sobretudo, à Saúde e, embora com menos significância, às dimensões Emprego e Rendimento. Asseverou-se, também, uma associação positiva entre a satisfação com os Mass media e o aumento das idas aos Centros de Saúde, contrariando a hipótese inicialmente colocada, o que poderá estar relacionado com a promoção de utilização dos serviços médicos nos Mass Media.

Analisando a correlação entre satisfação da QDVF e a satisfação com as respectivas dimensões, constataram-se, na generalidade, correlações estatisticamente significativas, destacando-se uma maior correlação entre a satisfação da QDVF e a satisfação com o Rendimento, seguida da satisfação com o Lar e Educação, o que desconfirma a hipótese de uma maior correlação da subescala Saúde com a escala total. Estes resultados discordam, ainda, do estudo de Campbell e colaboradores, na medida em que dos 12 domínios que compunham o seu questionário, o domínio da Saúde era o que mais se correlacionava com o resultado total do questionário. Tais resultados apontam conjuntamente no sentido contrário ao que Witmer propõe quando defende que, ainda que a satisfação económica contribua claramente para a satisfação com a vida, este não é o principal factor, acrescentando que a satisfação da QDV parece depender muito pouco das circunstâncias de vida objectivas tais como a educação, o salário ou o local de residência.

Contudo, tal como sugere a definição de QDVF, proposta pelo grupo da WHOQOL, os indivíduos tendem a perceber a sua vida em função dos seus objectivos, expectativas e preocupações, daí que, neste tipo de amostra, aspectos como o nível sócio-económico baixo, a escolaridade reduzida e a idade avançada possam fazer surgir resultados não esperados, como a importância da dimensão Rendimento, o que contraria igualmente a ideia de que a Saúde surge como prioritária e como uma das variáveis determinantes da QDV dos idosos, tal como defendem Willits & Crider, citados por Paúl & Fonseca (2001).

Ao analisar a relação entre a satisfação da QDVF e o modo como os sujeitos a percebem, verificou-se que a satisfação da QDVF, Lar e Educação, Tempo e Rendimento se associa positivamente à percepção

A relação entre a satisfação da Qualidade de Vida Familiar e a utilização, pelos utentes, do Centro de Saúde: estudo em dois Centros de Saúde de Coimbra
Ana Patrícia Oliveira (e-mail: anapatricia-oliveira@hotmail.com) 2007

subjectiva da QDVF. Assim, no que concerne à avaliação global da QDVF, as dimensões psicossociais parecem ser mais valorizadas do que as dimensões Casamento/ Vida Familiar e Saúde cujas associações, à percepção da QDVF, se registam a um nível de menor significância, o que vai de encontro aos resultados discutidos no parágrafo acima. Por último, comprovou-se uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre a satisfação com os Mass Media e a avaliação da QDVF, colocando-se a hipótese de que tal se deva ao pessimismo que os Mass-media fazem transparecer.

Relacionando as variáveis motivos e género, apura-se que homens e mulheres não se distinguem significativamente quanto aos motivos pelos quais recorrem ao Centro de Saúde. Quanto às idades, estas diferenciam-se significativamente, por motivos, sendo que o motivo Pedir Receitas regista uma maior média de idade. Por sua vez, a Saúde Infantil diferencia-se significativamente de todos os motivos, figurando como um grupo mais jovem. Por último, a relação entre os motivos e o nível sócio-económico revela que os sujeitos de nível socio-económico baixo utilizam o Centro de Saúde, sobretudo, para Pedir Receitas enquanto os sujeitos de nível socio-económico médio/alto recorrem, principalmente, à Saúde Infantil.

No que se refere à relação entre o número de vezes e o género, tal como era esperado, verificou-se que as mulheres recorrem mais vezes ao Centro de Saúde do que os homens: a maioria das mulheres visita o Centro de Saúde mais de seis vezes por ano, enquanto a maioria dos homens apenas visita entre quatro a seis vezes, diferença que ocorre independentemente dos motivos. Ainda que se pudesse levantar a hipótese de que as mulheres vão mais Pedir Receitas, tal não se verifica, o que corrobora o estudo de Almeida (2003) que, apesar de incluir, no retrato-tipo do utente frequente da SRS de Coimbra, a mulher cujo principal motivo é, entre outros, o Pedido de Receitas, afirma que as vezes que o utente persistente visita o Centro de Saúde é independente do motivo. A relação entre o número de vezes e a idade não se manifestou relevante, o que desconfirma a hipótese colocada de acordo com o projecto de Ferreira e colaboradores (2005), segundo o qual os jovens visitam menos os Centros de Saúde do que os mais idosos. No entanto, a nossa amostra é constituída por poucos jovens, sendo a idade média os 54 anos. Por sua vez, a relação do nível sócio-económico com o número de vezes não é passível de interpretação fiável, na medida em que foram violados os pressupostos para análise.

Quanto ao último objectivo de investigação, atestou-se que os motivos se relacionam significativamente com a satisfação das dimensões Saúde e Tempo. Assim, os sujeitos com elevada satisfação com a Saúde recorrem ao Centro de Saúde, principalmente, por motivo de Saúde infantil, de seguida, e na mesma proporção, para Pedir Receitas e para Rotina e, por último, para a Consulta do Adulto. Os sujeitos com elevada satisfação com o Tempo recorrem ao Centro de Saúde, principalmente pela Consulta do Adulto e, depois, pela Rotina, para Pedir Receitas e, por último, pela Saúde Infantil. Constatou-se, ainda, uma relação significativa entre as idas ao Centro de Saúde e a satisfação com a Saúde. Os indivíduos com nível elevado de satisfação com a Saúde, recorrem, mais frequentemente, entre 2 a

4 vezes ao seu centro de Saúde. Já os indivíduos com baixo nível de satisfação com a Saúde recorrem ao Centro de Saúde, sobretudo, mais de 6 vezes, o que era esperável.

Em síntese, os nossos dados podem confirmar alguns dos princípios nucleares propostos por Park e colaboradores (2002): os membros da família influenciam-se reciprocamente; os domínios exercem impacto uns nos outros e, finalmente, não existe QDVF padrão pois as famílias são quem decide o que a “qualidade” significa para elas.

VI - Conclusões

Este estudo permitiu retirar algumas conclusões relativamente à relação entre a satisfação da QDVF e a utilização do Centro de Saúde pelos utentes, sobressaindo alguns dados em função dos motivos, sendo que os sujeitos que frequentam a Saúde Infantil se sentem mais satisfeitos com a Saúde e são, em média, mais jovens e de nível sócio-económico médio/alto, enquanto os utentes que vão Pedir Receitas se sentem mais satisfeitos com o Tempo, são mais velhos e caracterizam-se por um nível sócio-económico baixo, o que se revela independentemente do género. Em função do número de visitas ao Centro de Saúde, quanto maior esse número, menor é a satisfação, sobretudo, com a dimensão Saúde, e vice-versa, independentemente da idade, sendo que são as mulheres quem apresenta uma maior taxa de utilização.

Outra conclusão se tece, ainda, face a alguns resultados inesperados, como por exemplo, a importância que a dimensão Rendimento assume na relação com a QDVF e respectiva avaliação subjectiva. Mais uma vez, cita-se a definição de QDVF, proposta pelos especialistas da WHOQOL, “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”, à luz da qual os resultados inesperados conquistam um verdadeiro sentido. De facto, numa amostra como a que foi estudada, em que mais de metade dos utentes se caracterizam por um nível sócio económico baixo e em que os cuidados de saúde primários se encontram minimamente assegurados, não é de surpreender que o Rendimento, uma das suas maiores preocupações, assumia maior peso, comparativamente à Saúde, na satisfação e avaliação subjectiva da QDVF.

Estamos, porém, conscientes das limitações deste estudo no que se refere à representação dos utentes mais jovens nesta amostra, o que, de certo modo, pode ter interferido nos resultados da relação entre a idade e o número de vezes que os utentes recorrem ao Centro de Saúde. Deste modo, considera-se relevante uma replicação deste estudo incluindo um maior número de jovens utentes, incluindo adolescentes, a fim de que se possa avaliar a relação entre a sua QDVF e a utilização que os mesmos fazem do Centro de Saúde e, ainda, comparar os resultados obtidos entre utentes mais jovens e os utentes com idade mais avançada.

Neste estudo, falta ainda aferir até que ponto o facto da escala da QDV ter sido administrada em conjunto com mais duas escalas, implicando

um maior consumo de tempo, influenciou o modo como os sujeitos responderam ao questionário e de que forma tal se repercutiu nos resultados obtidos.

Com base nos resultados deste estudo, seria importante, ao nível prático, que as iniciativas de Promoção de Saúde valorizassem aspectos como a QDV, o que implicaria que, para além da Saúde, propriamente dita, se desse mais atenção, na população em estudo, aos aspectos psicossociais, não limitando os cuidados de saúde ao apoio físico, mas garantindo, inclusive, o apoio social e psicológico e reforçando, para o efeito, a existência de assistentes sociais e de psicólogos clínicos nos Centros de Saúde.

Seria, igualmente, interessante integrar o conceito de *meaning* em estudos futuros da QDV na medida em que, segundo Hughes (2006), as conceptualizações socialmente partilhadas são susceptíveis de engrandecer a QDV.

Ambiciona-se, com este trabalho, poder contribuir para o desenvolvimento de acções tendentes ao desenvolvimento da melhoria da qualidade dos serviços e cuidados prestados, almejando uma melhor Qualidade de Vida Familiar dos utentes.

Bibliografia

Abreu, W. (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa: Piaget.

Almeida, L.M. (2003). Cuidados de saúde primários e utentes persistentes: caracterização dos hiperfrequentadores da Sub-Região de Saúde de Coimbra. *Espelho*, 60.

Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho et. al, (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, nº2, 16-21.

Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M. & Pintassilgo, A. (2005, Outubro). Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV;WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um Projecto. Comunicação apresentada no VI Congresso da SIDAnet- Associação Lusófona, Porto. Retirado em 5 de Fevereiro, 2007, de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=270.

Ferreira, P., Raposo, V. & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, Ministério da Saúde.

Galera, S. & Teixeira, M. (1997). Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, 69-75. Retirado em 2 de Fevereiro, 2007, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea09.pdf>.

Guterres, M. & Ribeiro, J. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Retirado em 9 de Janeiro, 2007, de <http://www.snripd.pt/document/Livro020.rtf>.

Hughes, M. (2006). Affect, Meaning and Quality of Life. *Social Forces*. Chapel Hill: 85, 611-629. Retirado em 2 de Fevereiro, 2007 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1182173071&sid=2&Fmt=3&clientId=40477&RQT=309&VName=PQD>.

Mercier, C. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34, 487-500. Retirado em 1 de Junho, 2007 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=34971369&Fmt=4&clientId=40477&RQT=309&VName=PQD>.

Park, J., Turnbull, A. & Turnbull, H. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children*, 68 (2), 151-170. Retirado em 2 de Fevereiro, 2007, de http://www.beachcenter.org/resource_library/beach_resource_detail_page.aspx?intResourceID=1276&Type=research.

Paskulin, L. & Molzahn, A. (2007). Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil (Resumo). *Western Journal of Nursing Research*, 29, 10-26. Retirado em 1 de Junho, 2007, de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1217491671&Fmt=2&clientId=40477&RQT=309&VName=PQD>.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction*. London: Sage, cop.

Ribeiro, P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas e Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Stroebe, W. & Stroebe, M. 1999. *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Piaget.

Teixeira, J. (2000). Qualidade de vida. *Editorial, II* (2), 1-3. Retirado em 9 de Janeiro, 2007 de http://www.saude-mental.net/pdf/vol2_rev3_editorial.pdf.

Turnbull, A. (2004). President's address 2004: "Wearing two hats": Morphed perspectives on family quality of life. *Mental Retardation*, 42 (5), 383-399. Retirado em 2 de Fevereiro, 2007, de http://www.beachcenter.org/resource_library/beach_resource_detail_page.aspx?intResourceID=1561&Type=research.

Witmer, J. Melvin. (1985). *Pathways to Personal Growth: Developing a Sense of Worth and Competence: A Holistic Education Approach*. Muncie, Indiana: Accelerated Development, cop.

Anexos

Anexo 1 – Caracterização da Amostra Global

Caracterização da Amostra usada para validação da escala QOL¹

Variável	Frequência	Percentagem válida
Sexo		
Masculino	89	34.2
Feminino	171	65.8
Idade²		
21-40	69	26.6
41-60	104	40.2
61-80	84	32.4
81-84	2	0.8
Estado Civil		
Solteiro	16	6.2
Casado	207	79.6
União de Facto	6	2.3
Divorciado	15	5.8
Separado	3	1.2
Viúvo	13	5.0
Local de Residência		
Predominantemente Urbano	202	78.0
Medianamente Urbano	26	10.00
Predominantemente Rural	31	12.0
Nível Sócio- Económico		
Baixo	141	54.4
Médio	108	41.7
Elevado	10	3.9
Habilitações Literárias		
< 4.º ano	26	10.1
4.º ano	96	37.2
6.º ano	25	9.7
9.º ano	47	18.2
12.º ano	26	10.1
Ensino médio	10	3.9
Ensino superior	28	10.9
Profissão		
GG1	5	1.9
GG2	16	6.2
GG3	17	6.6
GG4	11	4.3
GG5	49	19.0
GG6	4	1.6
GG7	32	12.4
GG8	5	1.9
GG9	29	11.2

¹ A Amostra usada para validação da escala QOLé constituída por 192 famílias e 260 sujeitos, todos de nacionalidade portuguesa.

² A variável idade caracteriza-se por um valor mínimo de 21 anos, um valor máximo de 84 anos, uma média de 52.31 e, por fim, um desvio padrão de 15.22.

Doméstica	42	16.3
Estudante	4	1.6
Sem profissão	8	3.1
Resposta nula	27	10.5
Desempregado(a)- sem profissão	9	3.5
Grau de Parentesco do sujeito participante		
Pai	77	29.6
Mãe	143	55.0
Filho	2	0.8
Filha	11	4.2
Avó	2	0.8
Marido/ Companheiro	10	3.8
Mulher/ Companheira	13	5.0
Único do agregado familiar	2	0.8
Etapa do Ciclo Vital da Família		
Casal sem filhos	12	4.7
Família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar	17	6.6
Família com filhos em idade escolar	24	9.3
Família com filhos adolescentes	24	9.3
Família Lançadora	86	33.5
Ninho Vazio	29	11.3
Família na Reforma	59	23.0
Não se aplica	6	2.3
Instituição de Recolha		
CEIFAC	9	3.5
C.S.F.Magalhães	154	59.2
C.S.São Martinho do Bispo	80	30.8
Hospital Pediátrico	9	3.5
NUSIAF	8	3.1

Anexo 2 – Questionário Demográfico

Questionário demográfico

Código: _____

___/___/___

(dia) (mês) (ano)

Dados pessoais:

Nacionalidade: portuguesa outra: _____

Local de residência (indique apenas a terra/local): _____

Agregado familiar:

1. _____ (parentesco) (próprio)	2. _____ (parentesco)	3. _____ (parentesco)
Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Estado civil: _____	Estado civil: _____
* data: _____	* data: _____	* data: _____
Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____
Profissão principal: _____	Profissão principal: _____	Profissão principal: _____

4. _____ (parentesco)	5. _____ (parentesco)	6. _____ (parentesco)
Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Estado civil: _____	Estado civil: _____
* data: _____	* data: _____	* data: _____
Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____
Profissão principal: _____	Profissão principal: _____	Profissão principal: _____

Filhos que eventualmente tenham saído do agregado familiar:

1. _____ (parentesco)	2. _____ (parentesco)	3. _____ (parentesco)
Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Estado civil: _____	Estado civil: _____
* data: _____	* data: _____	* data: _____
Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____
Profissão principal: _____	Profissão principal: _____	Profissão principal: _____

Religião/Grupo religioso: não sim: _____

Nº de filhos: 1 2 3 4 5 6 7 8 ou +

Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado a principal fonte de suporte da família, indique:

Situação na profissão:

patrão

desempregado

trabalhador por conta própria, sem assalariados

reformado

trabalhador por conta de outrém

pensionista por invalidez

³Etapa do ciclo vital:

¹Nível sócio-económico:

³ Campos a preencher pelo terapeuta, no final da entrevista

Anexo 3 – Ficha de Datos Complementares

Ficha de Dados Complementares

1. 1.1. Alguém, na família, sofre de alguma doença crónica (p.ex. diabetes, asma, hipertensão, Sida, consumos, psicose)?

Sim Não

Quem? _____

Doença(s): _____

Em caso afirmativo, como classifica o impacto da doença na família?

Muito fraco
1 2 3 4 5
Muito forte

Percepção do índice de gravidade da doença: Ligeira Moderada Severa

Justifique _____

1.2. Existe na família outro tipo de problema (p.ex. obesidade, nervos, depressão)?

Sim Não

Qual? _____

Em caso afirmativo, como classifica o impacto do problema na família?

Muito fraco
1 2 3 4 5
Muito forte

Percepção do nível de gravidade do problema: Ligeira Moderada Severa

Justifique _____

1.3. Na doença ou noutras situações difíceis (p.ex. emocionais, excesso de responsabilidades) com que apoio é que a família mais pode contar? Numere por ordem decrescente:

Da Família Chegada

Da Família Alargada

Da Comunidade (vizinhos, amigos...)

De Instituições (apoio social, médico)

2. Como é que avalia o stress da família?

Muito pouco
1 2 3 4 5
Muitíssimo

3. Como é que avalia a qualidade de vida da família?

Muito boa
1 2 3 4 5
Muito Má

4. Como é que acha que a sua família se adapta, em geral, às dificuldades?

Muito bem
1 2 3 4 5
Muito Mal

Questões Específicas:

Centros de Saúde

5. Quantas vezes, por ano, recorre ao seu Centro de Saúde (em média)?
0-2 2-4 4-6 +6

Assinale por ordem decrescente os 5 motivos mais frequentes pelos quais a sua família costuma recorrer ao Centro de Saúde:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Saúde Materna | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Saúde Infantil | <input type="checkbox"/> | Tensão Arterial Alta | <input type="checkbox"/> |
| CAJ | <input type="checkbox"/> | Consulta de Psicologia | <input type="checkbox"/> |
| Consulta do Adulto | <input type="checkbox"/> | Consulta anti-tabágica | <input type="checkbox"/> |
| Consulta do Idoso | <input type="checkbox"/> | Vacinação | <input type="checkbox"/> |
| Planeamento Familiar | <input type="checkbox"/> | Pedir Receitas | <input type="checkbox"/> |
| Rastreio (p.ex. pedir exames) | <input type="checkbox"/> | Urgências | <input type="checkbox"/> |
| Rotina/ Check-up | <input type="checkbox"/> | Outros: _____ | |

CEIFAC/NUSIAF

6. Como teve conhecimento desta instituição?

7. Qual a situação/ problema que o fez recorrer a estas consultas de Terapia Familiar?

Hospital Pediátrico

8. Qual a situação/ problema que o fez recorrer a estas consultas neste serviço do Hospital Pediátrico?

9. Quem o encaminhou para este serviço do Hospital Pediátrico?

Anexo 4 – Quality of Life/ Qualidade de Vida (Olson & Howard, 1982), versão parental

QUALIDADE DE VIDA

Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes

ESCALA DE RESPOSTA				
1	2	3	4	5
Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito

—

QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM:

- Casamento e vida familiar.....1. A sua família
2. O seu casamento
3. O(s) seu(s) filho(s)
4. Número de crianças na sua família
- Amigos.....5. Os seus amigos
6. A sua relação com os seus familiares
(tios, tias, avós, etc.)
- Saúde.....7. A sua própria saúde
8. A saúde dos outros membros da família
- Casa.....9. As suas condições actuais de habitação
10. As suas responsabilidades domésticas
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família
12. Espaço para as suas próprias necessidades
13. Espaço para as necessidades da sua família
- Educação.....14. O nível de estudos que tem
15. Os programas educativos projectados para melhorar o casamento e a vida familiar
- Tempo.....16. Quantidade de tempo livre
17. Tempo para si
18. Tempo para a família
19. Tempo para a lida da casa
20. Tempo para ganhar dinheiro
- Religião.....21. A vida religiosa da sua família
22. A vida religiosa na sua comunidade
- Emprego.....23. A sua principal ocupação (trabalho)
24. A segurança do seu trabalho
- Mass Media.....25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão
- Bem-estar Financeiro.....26. A qualidade dos programas televisivos
27. A qualidade dos filmes
28. A qualidade dos jornais e revistas
29. O seu nível de rendimento
30. Dinheiro para necessidades familiares
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de credito)

- Vizinhança e comunidade.....
- 33. Nível de poupança
 - 34. Dinheiro para futuras necessidades da família
 - 35. As escolas na sua comunidade
 - 36. As compras na sua comunidade
 - 37. A segurança na sua comunidade
 - 38. O bairro onde vive
 - 39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)
 - 40. Os serviços de saúde

Anexo 5 – Carta de Apresentação do Projecto de Investigação

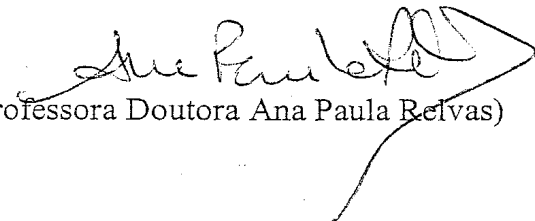
Faculdade de Psicologia e
de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra



• A Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Mestrados em Psicologia Clínica [Sistémica] e Avaliação Psicológica) está a levar a cabo um Projecto de Investigação sobre o stress e bem estar familiares que procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que, nos diferentes serviços, lidam com as famílias.

Para tal, solicitamos a sua colaboração e a da sua família, através do preenchimento de alguns questionários. Os dados para este estudo serão recolhidos exclusivamente consigo e com a sua família. O anonimato está garantido já que os resultados não serão analisados individualmente mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Agradecemos a sua ajuda, sem a qual este estudo não seria possível.


(Professora Doutora Ana Paula Relvas)

Anexo 6 – Procedimientos Estadísticos

Quadro 1 – Descritivas da satisfação da QDVF/ dimensões, em função dos Motivos

		Consulta do Adulto	Pedir Receitas	Saúde Infantil	Rotina
N		46	29	28	25
QDVF	Média	123,48	125,17	128,18	129,80
	Desvio Padrão	17,327	19,806	17,691	15,080
Casamento e Vida Familiar	Média	15,48	15,62	16,50	16,28
	Desvio Padrão	3,378	3,099	2,835	2,606
Amigos	Média	6,96	6,93	7,32	7,00
	Desvio Padrão	1,316	1,624	1,887	1,871
Saúde	Média	5,67	4,90	6,50	5,96
	Desvio Padrão	1,578	1,676	1,202	1,791
Lar e Educação	Média	22,07	23,38	24,54	23,24
	Desvio Padrão	4,597	4,539	4,834	3,666
Tempo	Média	12,65	13,03	10,79	13,88
	Desvio Padrão	3,535	3,246	3,521	3,308
Religião	Média	6,48	6,66	6,43	6,68
	Desvio Padrão	1,773	1,233	1,814	1,842
Emprego	Média	9,28	9,03	9,75	9,92
	Desvio Padrão	2,115	2,457	2,824	1,956
Mass media	Média	11,02	11,34	11,46	11,64
	Desvio Padrão	2,481	2,511	2,950	3,108
Rendimento	Média	16,00	16,17	16,79	17,40
	Desvio Padrão	4,310	5,134	4,638	4,916
Vizinhança e Comunidade	Média	17,87	18,10	18,11	17,80
	Desvio Padrão	3,377	3,811	2,807	4,425

Quadro 2- Teste de Normalidade- Kolmogrov Smirnov

		Motivo			
		Consulta do Adulto	Pedir Receitas	Saúde Infantil	Rotina
QDVF	Statistic	,136	,158	,107	,122
	df	46	29	28	25
	Sig.	,033	,061	,200(*)	,200(*)
Casamento e Vida Familiar	Statistic	,127	,145	,118	,177
	df	46	29	28	25
	Sig.	,062	,124	,200(*)	,042
Amigos	Statistic	,199	,180	,140	,224
	df	46	29	28	25
	Sig.	,000	,017	,167	,002
Saúde	Statistic	,256	,193	,197	,193
	df	46	29	28	25
	Sig.	,000	,007	,007	,017
Lar e Educação	Statistic	,131	,128	,125	,102
	df	46	29	28	25
	Sig.	,046	,200(*)	,200(*)	,200(*)
Tempo	Statistic	,138	,177	,154	,155
	df	46	29	28	25
	Sig.	,027	,021	,086	,124
Religião	Statistic	,258	,254	,165	,244
	df	46	29	28	25
	Sig.	,000	,000	,050	,000
Emprego	Statistic	,143	,175	,207	,124
	df	46	29	28	25
	Sig.	,020	,024	,003	,200(*)
Mass media	Statistic	,151	,190	,152	,222
	df	46	29	28	25
	Sig.	,010	,009	,098	,003
Rendimento	Statistic	,130	,154	,103	,132
	df	46	29	28	25
	Sig.	,048	,077	,200(*)	,200(*)
Vizinhança e	Statistic	,137	,200	,132	,162

Comunidade	df Sig.	46 ,031	29 ,004	28 ,200(*)	25 ,090
------------	------------	------------	------------	---------------	------------

* This is a lower bound of the true significance.

Tabela 1-Teste de Homogeneidade das Variâncias

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QDVT	,353	3	124	,787
Casamento e Vida Familiar	,916	3	124	,435
Amigos	2,159	3	124	,096
Saúde	,731	3	124	,535
Lar e Educação	,768	3	124	,514
Tempo	,258	3	124	,855
Religião	,977	3	124	,406
Emprego	1,969	3	124	,122
Mass media	,600	3	124	,616
Rendimento	,775	3	124	,510
Vizinhança e Comunidade	1,375	3	124	,254

Tabela 2- Variações da QDVF/dimensões em função dos Motivos

	QDVT	Casamento e Vida Familiar	Amigos	Saúde	Lar e Educação	Tempo	Religião	Emprego	Mass Media	Rendimento	Vizinhança e Comunidade
X ²	3,407	2,264	1,502	14,970	4,681	12,822	,558	3,478	,991	1,110	,498
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Sig.	,333	,520	,682	,002	,197	,005	,906	,324	,803	,775	,919

Tabela 3- Diferenças entre os Motivos

		Consulta do Adulto e Pedir Receitas	Consulta do Adulto e Saúde Infantil	Consulta do Adulto e Rotina	Pedir Receitas e Saúde Infantil	Pedir Receitas e Rotina	Saúde Infantil e Rotina
Mann-Whitney U	Saúde	455,000	464,500	524,000	173,000	236,000	295,500
Wilcoxon W		890,000	1545,500	1605,000	608,000	671,000	620,500
Z		-2,363	-2,078	-,636	-3,786	-2,239	-1,002
Asymp. Sig. (2-tailed)		,018	,038	,525	,000	,025	,316
Mann-Whitney U	Tempo	644,000	436,500	470,000	229,500	300,000	164,000
Wilcoxon W		1725,000	842,500	1551,000	635,500	735,000	570,000
Z		-,253	-2,327	-1,275	-2,837	-1,098	-3,333
Asymp. Sig. (2-tailed)		,801	,020	,202	,005	,272	,001

Quadro 3- Satisfação da QDVF em função do Número de Vezes

		Número de Vezes			
		0 a 2 vezes	2 a 4 vezes	4 a 6 vezes	Mais de 6 vezes
N		32	59	59	81
QDVT	Média	127,16	126,58	125,46	124,67
	Desvio Padrão	15,65	17,331	15,633	19,922
Casamento e Vida Familiar	Média	15,69	15,64	15,92	15,44
	Desvio Padrão	3,412	3,188	2,824	3,271
Amigos	Média	6,91	7,17	6,88	7,09
	Desvio Padrão	1,748	1,428	1,662	1,690

Saúde	Média	6,31	6,34	5,59	5,20
	Desvio Padrão	1,355	1,571	1,464	1,623
Lar e Educação	Média	23,41	22,68	22,88	23,07
	Desvio Padrão	4,872	3,588	4,153	5,164
Tempo	Média	12,28	13,15	12,64	12,43
	Desvio Padrão	4,342	3,300	3,188	3,482
Religião	Média	6,44	6,42	6,56	6,72
	Desvio Padrão	1,585	1,673	1,632	1,748
Emprego	Média	10,16	9,44	9,44	9,04
	Desvio Padrão	2,302	2,493	2,555	2,452
Mass media	Média	10,34	11,36	11,39	11,69
	Desvio Padrão	3,259	2,412	2,076	2,719
Rendimento	Média	18,31	16,95	16,46	15,88
	Desvio Padrão	4,177	4,772	4,154	4,903
Vizinhança e Comunidade	Média	17,31	17,42	17,69	18,11
	Desvio Padrão	3,822	3,944	3,621	4,438

Quadro 4-Teste de Normalidade - Kolmogrov-Smirnov

		Número de Vezes			
		0 a 2 vezes	2 a 4 vezes	4 a 6 vezes	Mais de 6 vezes
QDVF	Statistic	,112	,128	,113	,083
	df	32	59	59	81
	Sig.	,200(*)	,017	,057	,200(*)
Casamento e Vida Familiar	Statistic	,139	,098	,113	,111
	df	32	59	59	81
	Sig.	,120	,200(*)	,058	,016
Amigos	Statistic	,203	,191	,156	,150
	df	32	59	59	81
	Sig.	,002	,000	,001	,000
Saúde	Statistic	,284	,179	,187	,152
	df	32	59	59	81
	Sig.	,000	,000	,000	,000
Lar e Educação	Statistic	,158	,134	,098	,072
	df	32	59	59	81
	Sig.	,041	,011	,200(*)	,200(*)
Tempo	Statistic	,120	,128	,139	,167
	df	32	59	59	81
	Sig.	,200(*)	,017	,006	,000
Religião	Statistic	,296	,295	,176	,215
	df	32	59	59	81
	Sig.	,000	,000	,000	,000
Emprego	Statistic	,151	,159	,145	,096
	df	32	59	59	81
	Sig.	,060	,001	,004	,063
Mass media	Statistic	,181	,208	,147	,109
	df	32	59	59	81
	Sig.	,009	,000	,003	,018
Rendimento	Statistic	,123	,091	,103	,077
	df	32	59	59	81
	Sig.	,200(*)	,200(*)	,187	,200(*)
Vizinhança e Comunidade	Statistic	,147	,141	,136	,115
	df	32	59	59	81
	Sig.	,075	,005	,009	,010

Tabela 4- Correlação entre a QDVF/dimensões e o Número de Vezes

	Ró de Spearman	
	Correlação	Sig. (2-tailed)
QDVF	-,036	,591
Casamento e Vida Familiar	-,030	,647
Amigos	,027	,688
Saúde	-,299(**)	,000
Lar e Educação	,017	,800
Tempo	-,044	,510
Religião	,071	,071
Emprego	-,155(*)	,018
Mass Media	,161(*)	,014
Rendimento	-,160(*)	,015
Vizinhança e Comunidade	,074	,265

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

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

Quadro 5- Satisfação da QDVF em função da Avaliação da QDVF

		Avaliação da QDVF				
		Muito Má	2	3	4	Muito Boa
N		9	9	115	76	25
QDVF	Média	116,44	126,44	123,45	127,99	132,24
	Desvio Padrão	24,516	19,249	16,187	15,862	23,357
Casamento e Vida Familiar	Média	14,22	14,78	15,42	15,96	16,52
	Desvio Padrão	4,466	3,492	3,225	2,797	2,815
Amigos	Média	6,00	6,44	7,07	7,08	7,24
	Desvio Padrão	2,291	3,005	1,425	1,495	1,809
Saúde	Média	4,89	5,22	5,60	6,08	5,84
	Desvio Padrão	2,205	2,108	1,605	1,393	1,599
Lar e Educação	Média	19,44	23,00	22,48	23,72	24,20
	Desvio Padrão	6,858	5,937	4,040	4,285	4,655
Tempo	Média	11,11	13,33	12,22	12,99	14,04
	Desvio Padrão	4,428	2,646	3,340	3,711	2,979
Religião	Média	8,22	6,11	6,53	6,42	6,76
	Desvio Padrão	1,563	2,369	1,667	1,463	1,809
Emprego	Média	7,33	9,78	9,29	9,66	9,56
	Desvio Padrão	2,398	2,991	2,427	2,324	2,740
Mass media	Média	13,22	12,44	11,37	10,96	11,20
	Desvio Padrão	3,528	2,789	2,559	2,283	2,915
Rendimento	Média	13,78	16,00	16,30	16,89	18,60
	Desvio Padrão	6,438	6,124	4,638	3,701	5,244
Vizinhança e Comunidade	Média	18,22	19,33	17,19	18,22	18,28
	Desvio Padrão	3,962	3,317	4,207	3,505	4,650

Quadro 6- Teste de Normalidade - Kolmogrov-Smirnov

		Avaliação da QDVF				
		Muito Má	2	3	4	Muito Boa
QDVF	Statistic	,235	,227	,112	,101	,123
	df	9	9	115	76	25
	Sig.	,163	,199	,001	,054	,200(*)
Casamento e Vida						

Familiar	Statistic df Sig.	,246 9 ,123	,155 9 ,200(*)	,121 115 ,000	,168 76 ,000	,135 25 ,200(*)
Amigos	Statistic df Sig.	,253 9 ,100	,153 9 ,200(*)	,147 115 ,000	,139 76 ,001	,183 25 ,031
Saúde	Statistic df Sig.	,196 9 ,200(*)	,275 9 ,049	,172 115 ,000	,207 76 ,000	,140 25 ,200(*)
Lar e Educação	Statistic df Sig.	,306 9 ,015	,167 9 ,200(*)	,104 115 ,004	,078 76 ,200(*)	,114 25 ,200(*)
Tempo	Statistic df Sig.	,198 9 ,200(*)	,360 9 ,001	,169 115 ,000	,121 76 ,008	,135 25 ,200(*)
Religião	Statistic df Sig.	,223 9 ,200(*)	,185 9 ,200(*)	,225 115 ,000	,297 76 ,000	,193 25 ,017
Emprego	Statistic df Sig.	,201 9 ,200(*)	,175 9 ,200(*)	,156 115 ,000	,152 76 ,000	,181 25 ,034
Mass media	Statistic df Sig.	,192 9 ,200(*)	,310 9 ,013	,141 115 ,000	,140 76 ,001	,207 25 ,007
Rendimento	Statistic df Sig.	,166 9 ,200(*)	,150 9 ,200(*)	,092 115 ,019	,074 76 ,200(*)	,155 25 ,125
Vizinhança e Comunidade	Statistic df Sig.	,200 9 ,200(*)	,207 9 ,200(*)	,111 115 ,001	,113 76 ,017	,204 25 ,009

Tabela 5- Correlação entre a satisfação da QDVF/dimensões e a avaliação da QDVF

Ró de Spearman		
	Correlação	Sig. (2-tailed)
QDVF	,173(**)	,008
Casamento e Vida Familiar	,156(*)	,017
Amigos	,078	,233
Saúde	,154(*)	,018
Lar e Educação	,193(**)	,003
Tempo	,177(**)	,007
Religião	-,053	,416
Emprego	,092	,160
Mass média	-,138(*)	,035
Rendimento	,173(**)	,008
Vizinhança e Comunidade	,072	,274

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

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

Tabela 6- Descritivas dos Motivos em função do Género

		Género		Total
		M	F	
Motivos	Consulta do Adulto	18	28	46
	Pedir Receitas	13	16	29

	Saúde Infantil	5	23	28
	Rotina	9	16	25
Total		45	83	128

Tabela 7- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	5,192(a)	3	,158
N	128		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,79.

Tabela 8- Descritivas dos Motivos em função da Idade

	N	Média	Desvio Padrão
Consulta do Adulto	46	51,83	12,383
Pedir Receitas	29	57,90	14,336
Saúde Infantil	28	35,54	7,988
Rotina	25	53,48	13,914
Total	128	49,96	14,620

Tabela 9-Teste de Normalidade - Kolmogrov-Smirnov (a)

Motivos		Statistic	gl	Sig.
idade próprio	Consulta do Adulto	,084	46	,200(*)
	Pedir Receitas	,206	29	,003
	Saúde Infantil	,098	28	,200(*)
	Rotina	,161	25	,093

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 10-Teste da Homogeneidade das Variâncias

	df1	df2	Sig.
Levene Statistic	2,767	3	,045

* This is a lower bound of the true significance.

Tabela 11- teste U de Mann-Whitney

	Consulta do Adulto e Pedir Receitas	Consulta do Adulto e Saúde Infantil	Consulta do Adulto e Rotina	Pedir Receitas e Saúde Infantil	Pedir Receitas e Rotina	Saúde Infantil e Rotina
Mann-Whitney U	464,500	187,500	503,500	92,500	278,000	109,000
Wilcoxon W	1545,500	593,500	1584,500	498,500	603,000	515,000
Z	-2,204	-5,091	-,861	-5,009	-1,467	-4,297
Sig. (2-tailed)	,028	,000	,389	,000	,142	,000

a Grouping Variable: Motivos

Tabela 12- Motivos em função do nível sócio-económico

Motivos	Consulta do Adulto	Count	nível sócio-económico			Total
			baixo	médio	elevado	
			26	19	1	46
		Expected Count	24,4	20,5	1,1	46,0
		% of Total	20,3%	14,8%	,8%	35,9%

Pedir Receitas	Count	22	7	0	29
	Expected Count	15,4	12,9	,7	29,0
	% of Total	17,2%	5,5%	,0%	22,7%
Saúde Infantil	Count	8	18	2	28
	Expected Count	14,9	12,5	,7	28,0
	% of Total	6,3%	14,1%	1,6%	21,9%
Rotina	Count	12	13	0	25
	Expected Count	13,3	11,1	,6	25,0
	% of Total	9,4%	10,2%	,0%	19,5%
Total	Count	68	57	3	128
	Expected Count	68,0	57,0	3,0	128,0
	% of Total	53,1%	44,5%	2,3%	100,0%

Tabela 13- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	15,829(a)	6	,015
N of Valid Cases	128		

a 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,59.

Tabela 14- Symmetric Measures

	Valor	Approx. Sig.
Cramer's V	,249	,015
N	128	

Tabela 15- Motivos em função do Nível sócio-econômico

Motivos		NSE		Total
		Baixo	Médio/ Alto	Baixo
Consulta do Adulto	Count	26	20	46
	Expected Count	24,4	21,6	46,0
	% of Total	20,3%	15,6%	35,9%
Pedir Receitas	Count	22	7	29
	Expected Count	15,4	13,6	29,0
	% of Total	17,2%	5,5%	22,7%
Saúde Infantil	Count	8	20	28
	Expected Count	14,9	13,1	28,0
	% of Total	6,3%	15,6%	21,9%
Rotina	Count	12	13	25
	Expected Count	13,3	11,7	25,0
	% of Total	9,4%	10,2%	19,5%
Total	Count	68	60	128
	Expected Count	68,0	60,0	128,0
	% of Total	53,1%	46,9%	100,0%

Tabela 16- Número de Vezes em função do Gênero

N.º Vezes	entre 0 e 2		Gênero		Total
			M	F	
		Count	17	15	32
		Expected Count	10,7	21,3	32,0

		% of Total	7,4%	6,5%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	23	36	59
		Expected Count	19,7	39,3	59,0
		% of Total	10,0%	15,6%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	17	42	59
		Expected Count	19,7	39,3	59,0
		% of Total	7,4%	18,2%	25,5%
	mais de 6	Count	20	61	81
		Expected Count	27,0	54,0	81,0
		% of Total	8,7%	26,4%	35,1%
Total		Count	77	154	231
		Expected Count	77,0	154,0	231,0
		% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

Tabela 17- Número de Vezes em função da Idade

	N	Média	Desvio Padrão
0 a 2 vezes	32	50,38	12,745
2 a 4 vezes	59	52,68	16,124
4 a 6 vezes	59	54,76	14,411
Mais de 6 vezes	81	54,21	15,827
Total	231		

Tabela 18- Teste da Normalidade

Número de Vezes		Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	gl	Sig.
idade próprio	entre 0 e 2	,101	32	,200(*)
	entre 2 e 4	,118	59	,041
	entre 4 e 6	,100	59	,200(*)
	mais de 6	,111	81	,014

* This is a lower bound of the true significance.

(a) Lilliefors Significance Correction

Tabela 19- Teste da Homogeneidade das Variâncias

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,324	3	227	,076

Tabela 20- N.º de Vezes em função do Nível Sócio-económico

			nível sócio-económico			Total
			baixo	médio	elevado	
N.º Vezes	entre 0 e 2	Count	20	12	0	32
		Expected Count	17,5	13,6	,8	32,0
		% of Total	8,7%	5,2%	,0%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	32	23	3	58
		Expected Count	31,8	24,7	1,5	58,0
		% of Total	13,9%	10,0%	1,3%	25,2%
	entre 4 e 6	Count	31	28	0	59
		Expected Count	32,3	25,1	1,5	59,0
		% of Total	13,5%	12,2%	,0%	25,7%
	mais de 6	Count	43	35	3	81
		Expected Count	44,4	34,5	2,1	81,0

	% of Total	18,7%	15,2%	1,3%	35,2%
Total	Count	126	98	6	230
	Expected Count	126,0	98,0	6,0	230,0
	% of Total	54,8%	42,6%	2,6%	100,0%

Tabela 21- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,301(a)	6	,506
N of Valid Cases	230		

a 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

Tabela 22- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,107	,506
N of Valid Cases	230	

Tabela 23- N.º de Vezes em função do Nível Sócio-económico

		NSE			
		Baixo	Médio/ Alto		
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	20	12	32
		Expected Count	17,6	14,4	32,0
		% of Total	8,7%	5,2%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	33	26	59
		Expected Count	32,4	26,6	59,0
		% of Total	14,3%	11,3%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	31	28	59
		Expected Count	32,4	26,6	59,0
		% of Total	13,4%	12,1%	25,5%
	mais de 6	Count	43	38	81
		Expected Count	44,5	36,5	81,0
		% of Total	18,6%	16,5%	35,1%
Total	Count	127	104	231	
	Expected Count	127,0	104,0	231,0	
	% of Total	55,0%	45,0%	100,0%	

Tabela 24- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	1,012(a)	3	,798
N	231		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,41.

Tabela 25- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,066	,798
N	231	

Quadro 7- Frequências dos níveis de satisfação da QDVF/ dimensões

		Níveis de Satisfação			Total
		baixo	médio	elevado	
QDVF	Frequência Porcentagem	81 34,6	76 32,5	77 32,9	234 100,0
Casamento e Vida Familiar	Frequência Porcentagem	106 45,3	63 26,9	65 27,8	234 100,0
Amigos	Frequência Porcentagem	88 37,6	109 46,6	37 15,8	234 100,0
Saúde	Frequência Porcentagem	90 38,5	80 34,2	64 27,4	234 100,0
Lar e Educação	Frequência Porcentagem	88 37,6	87 37,2	59 25,2	234 100,0
Tempo	Frequência Porcentagem	87 37,2	76 32,5	71 30,3	234 100,0
Religião	Frequência Porcentagem	141 60,3	21 9,0	72 30,8	234 100,0
Emprego	Frequência Porcentagem	130 55,6	32 13,7	72 30,8	234 100,0
Mass media	Frequência Porcentagem	84 35,9	93 39,7	57 24,4	234 100,0
Rendimento	Frequência Porcentagem	98 41,9	62 26,5	74 31,6	234 100,0
Vizinhança e Comunidade	Frequência Porcentagem	80 34,2	90 38,5	64 27,4	234 100,0

Tabela 26- Estatísticas descritivas dos níveis de satisfação da QDVF/ dimensões

	N	Média	Desvio Padrão	Moda
QDVF	234	1,98	,823	1
Casamento e Vida Familiar	234	1,82	,838	1
Amigos	234	1,78	,699	2
Saúde	234	1,89	,805	1
Lar e Educação	234	1,88	,785	1
Tempo	234	1,93	,821	1
Religião	234	1,71	,909	1
Emprego	234	1,75	,897	1
Mass media	234	1,88	,769	2
Rendimento	234	1,90	,853	1
Vizinhança e Comunidade	234	1,93	,783	1
Valid N (listwise)	234			

Tabela 27- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação da QDVF

			QDVF			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	19	17	10	46
		Expected Count	16,2	15,5	14,4	46,0
		% of Total	14,8%	13,3%	7,8%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	11	10	8	29

	Expected Count	10,2	9,7	9,1	29,0
	% of Total	8,6%	7,8%	6,3%	22,7%
Saúde Infantil	Count	10	6	12	28
	Expected Count	9,8	9,4	8,8	28,0
	% of Total	7,8%	4,7%	9,4%	21,9%
Rotina	Count	5	10	10	25
	Expected Count	8,8	8,4	7,8	25,0
	% of Total	3,9%	7,8%	7,8%	19,5%
Total	Count	45	43	40	128
	Expected Count	45,0	43,0	40,0	128,0
	% of Total	35,2%	33,6%	31,3%	100,0%

Tabela 28- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	7,170(a)	6	,305
N	128		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,81.

Tabela 29-Symmetric Measures

	Valor	Sig.
Phi	,237	,305
V de Cramer	,167	,305
N	128	

Tabela 30- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com o Casamento e Vida Familiar

		Casamento e Vida Familiar			Total	
		Baixo	Médio	Elevado		
Motivos	Consulta do Adulto	Count	20	12	14	46
		Expected Count	18,0	14,0	14,0	46,0
		% of Total	15,6%	9,4%	10,9%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	13	10	6	29
		Expected Count	11,3	8,8	8,8	29,0
		% of Total	10,2%	7,8%	4,7%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	10	7	11	28
		Expected Count	10,9	8,5	8,5	28,0
		% of Total	7,8%	5,5%	8,6%	21,9%
Rotina	Count	7	10	8	25	
	Expected Count	9,8	7,6	7,6	25,0	
	% of Total	5,5%	7,8%	6,3%	19,5%	
Total	Count	50	39	39	128	
	Expected Count	50,0	39,0	39,0	128,0	
	% of Total	39,1%	30,5%	30,5%	100,0%	

Tabela 31- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	4,447(a)	6	,616

N	128
---	-----

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,62.

Tabela 32- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,132	,616
N	128	

Tabela 33- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com os Amigos

Motivos			Amigos			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	17	25	4	46
		Expected Count	16,5	21,6	7,9	46,0
		% of Total	13,3%	19,5%	3,1%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	10	14	5	29
		Expected Count	10,4	13,6	5,0	29,0
		% of Total	7,8%	10,9%	3,9%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	9	10	9	28
		Expected Count	10,1	13,1	4,8	28,0
		% of Total	7,0%	7,8%	7,0%	21,9%
Rotina	Count	10	11	4	25	
	Expected Count	9,0	11,7	4,3	25,0	
	% of Total	7,8%	8,6%	3,1%	19,5%	
Total	Count	46	60	22	128	
	Expected Count	46,0	60,0	22,0	128,0	
	% of Total	35,9%	46,9%	17,2%	100,0%	

Tabela 34- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	7,200(a)	6	,303
N	128		

a 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,30.

Tabela 35- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,168	,303
N	128	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 36- Relação entre Motivos e níveis de Satisfação com a Saúde

Motivos			Saúde			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	15	20	11	46
		Expected Count	18,0	14,4	13,7	46,0
		% of Total	11,7%	15,6%	8,6%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	20	4	5	29
		Expected Count	11,3	9,1	8,6	29,0

		% of Total	15,6%	3,1%	3,9%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	6	9	13	28
		Expected Count	10,9	8,8	8,3	28,0
		% of Total	4,7%	7,0%	10,2%	21,9%
	Rotina	Count	9	7	9	25
		Expected Count	9,8	7,8	7,4	25,0
		% of Total	7,0%	5,5%	7,0%	19,5%
Total		Count	50	40	38	128
		Expected Count	50,0	40,0	38,0	128,0
		% of Total	39,1%	31,3%	29,7%	100,0%

Tabela 37- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com o Lar e Educação

			Lar e Educação			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	22	18	6	46
		Expected Count	17,3	16,9	11,9	46,0
		% of Total	17,2%	14,1%	4,7%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	8	13	8	29
		Expected Count	10,9	10,6	7,5	29,0
		% of Total	6,3%	10,2%	6,3%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	10	7	11	28
		Expected Count	10,5	10,3	7,2	28,0
		% of Total	7,8%	5,5%	8,6%	21,9%
	Rotina	Count	8	9	8	25
		Expected Count	9,4	9,2	6,4	25,0
		% of Total	6,3%	7,0%	6,3%	19,5%
Total		Count	48	47	33	128
		Expected Count	48,0	47,0	33,0	128,0
		% of Total	37,5%	36,7%	25,8%	100,0%

Tabela 38- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	9,224(a)	6	,161
N	128		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,45.

Tabela 39- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,190	,161
N		128

Tabela 40- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com o Tempo

			Tempo			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	16	14	16	46
		Expected Count	17,6	14,7	13,7	46,0
		% of Total	12,5%	10,9%	12,5%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	9	13	7	29

	Expected Count	11,1	9,3	8,6	29,0
	% of Total	7,0%	10,2%	5,5%	22,7%
Saúde Infantil	Count	19	4	5	28
	Expected Count	10,7	9,0	8,3	28,0
	% of Total	14,8%	3,1%	3,9%	21,9%
Rotina	Count	5	10	10	25
	Expected Count	9,6	8,0	7,4	25,0
	% of Total	3,9%	7,8%	7,8%	19,5%
Total	Count	49	41	38	128
	Expected Count	49,0	41,0	38,0	128,0
	% of Total	38,3%	32,0%	29,7%	100,0%

Tabela 41- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com a Religião

			Religião			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	30	2	14	46
		Expected Count	27,7	4,3	14,0	46,0
		% of Total	23,4%	1,6%	10,9%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	16	4	9	29
		Expected Count	17,4	2,7	8,8	29,0
		% of Total	12,5%	3,1%	7,0%	22,7%
Saúde Infantil		Count	16	4	8	28
		Expected Count	16,8	2,6	8,5	28,0
		% of Total	12,5%	3,1%	6,3%	21,9%
Rotina		Count	15	2	8	25
		Expected Count	15,0	2,3	7,6	25,0
		% of Total	11,7%	1,6%	6,3%	19,5%
Total		Count	77	12	39	128
		Expected Count	77,0	12,0	39,0	128,0
		% of Total	60,2%	9,4%	30,5%	100,0%

Tabela 42- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	3,028(a)	6	,805
N	128		

a 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,34.

Tabela 43- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,109	,805
N	128	

Tabela 44- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com o Emprego

			Emprego			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Motivos	Consulta do Adulto	Count	25	8	13	46
		Expected Count	24,1	6,8	15,1	46,0

		% of Total	19,5%	6,3%	10,2%	35,9%
	Pedir Receitas	Count	19	5	5	29
		Expected Count	15,2	4,3	9,5	29,0
		% of Total	14,8%	3,9%	3,9%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	12	1	15	28
		Expected Count	14,7	4,2	9,2	28,0
		% of Total	9,4%	,8%	11,7%	21,9%
	Rotina	Count	11	5	9	25
		Expected Count	13,1	3,7	8,2	25,0
		% of Total	8,6%	3,9%	7,0%	19,5%
Total		Count	67	19	42	128
		Expected Count	67,0	19,0	42,0	128,0
		% of Total	52,3%	14,8%	32,8%	100,0%

Tabela 45- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	11,157(a)	6	,084
N	128		

(a) 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,71.

Tabela 46- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,209	,084
N	128	

Tabela 47- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com os Mass media

Motivos			Mass media			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
Consulta do Adulto	Pedir Receitas	Count	18	19	9	46
		Expected Count	16,9	18,3	10,8	46,0
		% of Total	14,1%	14,8%	7,0%	35,9%
	Saúde Infantil	Count	10	13	6	29
		Expected Count	10,6	11,6	6,8	29,0
		% of Total	7,8%	10,2%	4,7%	22,7%
	Rotina	Count	8	11	9	28
		Expected Count	10,3	11,2	6,6	28,0
		% of Total	6,3%	8,6%	7,0%	21,9%
Total	Count	11	8	6	25	
	Expected Count	9,2	10,0	5,9	25,0	
	% of Total	8,6%	6,3%	4,7%	19,5%	
Total	Count	47	51	30	128	
	Expected Count	47,0	51,0	30,0	128,0	
	% of Total	36,7%	39,8%	23,4%	100,0%	

Tabela 48- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	2,870(a)	6	,825

N	128
---	-----

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,86.

Tabela 49- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,106	,825
N	128	

Tabela 50- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com o Rendimento

Motivos		Rendimento			Total	
		Baixo	Médio	Elevado		
Consulta do Adulto	Count	21	14	11	46	
	Expected Count	20,1	12,6	13,3	46,0	
	% of Total	16,4%	10,9%	8,6%	35,9%	
	Pedir Receitas	Count	12	11	6	29
		Expected Count	12,7	7,9	8,4	29,0
		% of Total	9,4%	8,6%	4,7%	22,7%
	Saúde Infantil	Count	12	5	11	28
		Expected Count	12,3	7,7	8,1	28,0
		% of Total	9,4%	3,9%	8,6%	21,9%
Rotina	Count	11	5	9	25	
	Expected Count	10,9	6,8	7,2	25,0	
	% of Total	8,6%	3,9%	7,0%	19,5%	
Total	Count	56	35	37	128	
	Expected Count	56,0	35,0	37,0	128,0	
	% of Total	43,8%	27,3%	28,9%	100,0%	

Tabela 51- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	5,398(a)	6	,494
N	128		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,84.

Tabela 52- Symmetric Measures

	Valor	Approx. Sig.
V de Cramer	,145	,494
N	128	

Tabela 53- Relação entre Motivos e Níveis de satisfação com a Vizinhaça e Comunidade

Motivos		Vizinhaça e Comunidade			Total
		Baixo	Médio	Elevado	
Consulta do Adulto	Count	15	19	12	46
	Expected Count	13,7	19,0	13,3	46,0
	% of Total	11,7%	14,8%	9,4%	35,9%
Pedir Receitas	Count	9	12	8	29
	Expected Count	8,6	12,0	8,4	29,0

	% of Total	7,0%	9,4%	6,3%	22,7%
Saúde Infantil	Count	6	13	9	28
	Expected Count	8,3	11,6	8,1	28,0
	% of Total	4,7%	10,2%	7,0%	21,9%
Rotina	Count	8	9	8	25
	Expected Count	7,4	10,4	7,2	25,0
	% of Total	6,3%	7,0%	6,3%	19,5%
Total	Count	38	53	37	128
	Expected Count	38,0	53,0	37,0	128,0
	% of Total	29,7%	41,4%	28,9%	100,0%

Tabela 54- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	1,514(a)	6	,959
N	128		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,23.

Tabela 55- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,077	,959
N	128	

Tabela 56- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com a QDVF

			QDVF			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	9	12	11	32
		Expected Count	11,1	10,4	10,5	32,0
		% of Total	3,9%	5,2%	4,8%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	18	22	19	59
		Expected Count	20,4	19,2	19,4	59,0
		% of Total	7,8%	9,5%	8,2%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	23	19	17	59
		Expected Count	20,4	19,2	19,4	59,0
		% of Total	10,0%	8,2%	7,4%	25,5%
	mais de 6	Count	30	22	29	81
		Expected Count	28,1	26,3	26,6	81,0
		% of Total	13,0%	9,5%	12,6%	35,1%
Total		Count	80	75	76	231
		Expected Count	80,0	75,0	76,0	231,0
		% of Total	34,6%	32,5%	32,9%	100,0%

Tabela 57- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ²	3,051(a)	6	,802
N	231		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,39.

Tabela 58- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,167	,305
N	128	

Tabela 59- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com o Casamento e Vida Familiar

			Casamento e Vida Familiar			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	13	10	9	32
		Expected Count	14,3	8,7	9,0	32,0
		% of Total	5,6%	4,3%	3,9%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	27	17	15	59
		Expected Count	26,3	16,1	16,6	59,0
		% of Total	11,7%	7,4%	6,5%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	26	15	18	59
		Expected Count	26,3	16,1	16,6	59,0
		% of Total	11,3%	6,5%	7,8%	25,5%
mais de 6	Count	37	21	23	81	
	Expected Count	36,1	22,1	22,8	81,0	
	% of Total	16,0%	9,1%	10,0%	35,1%	
Total	Count	103	63	65	231	
	Expected Count	103,0	63,0	65,0	231,0	
	% of Total	44,6%	27,3%	28,1%	100,0%	

Tabela 60- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	,795(a)	6	,992
N	231		

(a) 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,73.

Tabela 61- Symmetric Measures

	Valor	Approx. Sig.
V de Cramer	,132	,616
N	128	

Tabela 62- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com os Amigos

			Amigos			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	15	13	4	32
		Expected Count	12,1	14,8	5,1	32,0
		% of Total	6,5%	5,6%	1,7%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	20	28	11	59
		Expected Count	22,2	27,3	9,5	59,0
		% of Total	8,7%	12,1%	4,8%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	25	25	9	59
		Expected Count	22,2	27,3	9,5	59,0
		% of Total	10,8%	10,8%	3,9%	25,5%
mais de 6	Count	27	41	13	81	

	Expected Count	30,5	37,5	13,0	81,0
	% of Total	11,7%	17,7%	5,6%	35,1%
Total	Count	87	107	37	231
	Expected Count	87,0	107,0	37,0	231,0
	% of Total	37,7%	46,3%	16,0%	100,0%

Tabela 63- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	2,978(a)	6	,812
N	231		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,13.

Tabela 64- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,168	,303
N	128	

Tabela 65- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com a Saúde

			Saúde			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	4	17	11	32
		Expected Count	12,3	10,8	8,9	32,0
		% of Total	1,7%	7,4%	4,8%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	16	19	24	59
		Expected Count	22,7	19,9	16,3	59,0
		% of Total	6,9%	8,2%	10,4%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	25	22	12	59
		Expected Count	22,7	19,9	16,3	59,0
		% of Total	10,8%	9,5%	5,2%	25,5%
mais de 6	Count	44	20	17	81	
	Expected Count	31,2	27,4	22,4	81,0	
	% of Total	19,0%	8,7%	7,4%	35,1%	
Total	Count	89	78	64	231	
	Expected Count	89,0	78,0	64,0	231,0	
	% of Total	38,5%	33,8%	27,7%	100,0%	

Tabela 66- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com o Lar e Educação

			Lar e Educação			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	15	8	9	32
		Expected Count	12,1	11,8	8,2	32,0
		% of Total	6,5%	3,5%	3,9%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	19	30	10	59
		Expected Count	22,2	21,7	15,1	59,0
		% of Total	8,2%	13,0%	4,3%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	25	19	15	59
		Expected Count	22,2	21,7	15,1	59,0

	mais de 6	% of Total	10,8%	8,2%	6,5%	25,5%
		Count	28	28	25	81
		Expected Count	30,5	29,8	20,7	81,0
Total		% of Total	12,1%	12,1%	10,8%	35,1%
		Count	87	85	59	231
		Expected Count	87,0	85,0	59,0	231,0
		% of Total	37,7%	36,8%	25,5%	100,0%

Tabela 67- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ²	9,253(a)	6	,160
N	231		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,17.

Tabela 68- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
Cramer's V	,190	,161
N	128	

Tabela 69- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com o Tempo

		Tempo			Total	
		Baixo	Médio	Elevado		
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	14	7	11	32
		Expected Count	11,9	10,5	9,6	32,0
		% of Total	6,1%	3,0%	4,8%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	17	23	19	59
		Expected Count	22,0	19,4	17,6	59,0
		% of Total	7,4%	10,0%	8,2%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	22	19	18	59
		Expected Count	22,0	19,4	17,6	59,0
		% of Total	9,5%	8,2%	7,8%	25,5%
mais de 6	Count	33	27	21	81	
	Expected Count	30,2	26,6	24,2	81,0	
	% of Total	14,3%	11,7%	9,1%	35,1%	
Total	Count	86	76	69	231	
	Expected Count	86,0	76,0	69,0	231,0	
	% of Total	37,2%	32,9%	29,9%	100,0%	

Tabela 70- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	4,370(a)	6	,627
N	231		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,56.

Tabela 71- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com a Religião

	Religião	Total
--	----------	-------

			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	22	4	6	32
		Expected Count	19,4	2,9	9,7	32,0
		% of Total	9,5%	1,7%	2,6%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	41	3	15	59
		Expected Count	35,8	5,4	17,9	59,0
		% of Total	17,7%	1,3%	6,5%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	32	8	19	59
		Expected Count	35,8	5,4	17,9	59,0
		% of Total	13,9%	3,5%	8,2%	25,5%
	mais de 6	Count	45	6	30	81
		Expected Count	49,1	7,4	24,5	81,0
		% of Total	19,5%	2,6%	13,0%	35,1%
Total	Count	140	21	70	231	
	Expected Count	140,0	21,0	70,0	231,0	
	% of Total	60,6%	9,1%	30,3%	100,0%	

Tabela 72- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,009(a)	6	,237
N of Valid Cases	231		

(a) 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,91.

Tabela 73- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,109	,805
N	128	

Tabela 74- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com o Emprego

			Emprego			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	14	4	14	32
		Expected Count	17,6	4,4	10,0	32,0
		% of Total	6,1%	1,7%	6,1%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	32	7	20	59
		Expected Count	32,4	8,2	18,4	59,0
		% of Total	13,9%	3,0%	8,7%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	34	9	16	59
		Expected Count	32,4	8,2	18,4	59,0
		% of Total	14,7%	3,9%	6,9%	25,5%
	mais de 6	Count	47	12	22	81
		Expected Count	44,5	11,2	25,2	81,0
		% of Total	20,3%	5,2%	9,5%	35,1%
Total	Count	127	32	72	231	
	Expected Count	127,0	32,0	72,0	231,0	
	% of Total	55,0%	13,9%	31,2%	100,0%	

Tabela 75- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	3,794(a)	6	,704
N	231		

(a) 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,43.

Tabela 76- Symmetric Measures

Valor	Valor	Sig.
Cramer's V	,209	,084
N of Valid Cases	128	

Tabela 77- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com os Mass Media

		Mass Media			Total	
		Baixo	Médio	Elevado		
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	16	12	4	32
		Expected Count	11,4	12,7	7,9	32,0
		% of Total	6,9%	5,2%	1,7%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	19	29	11	59
		Expected Count	20,9	23,5	14,6	59,0
		% of Total	8,2%	12,6%	4,8%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	21	24	14	59
		Expected Count	20,9	23,5	14,6	59,0
		% of Total	9,1%	10,4%	6,1%	25,5%
	mais de 6	Count	26	27	28	81
		Expected Count	28,8	32,3	20,0	81,0
		% of Total	11,3%	11,7%	12,1%	35,1%
Total		Count	82	92	57	231
		Expected Count	82,0	92,0	57,0	231,0
		% of Total	35,5%	39,8%	24,7%	100,0%

Tabela 78- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	10,566(a)	6	,103
N	231		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,90.

Tabela 79- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,106	,825
N	128	

Tabela 80- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com o Rendimento

		Rendimento			Total	
		Baixo	Médio	Elevado		
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	8	10	14	32
		Expected Count	13,4	8,5	10,1	32,0
		% of Total	3,5%	4,3%	6,1%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	24	16	19	59

	Expected Count	24,8	15,6	18,6	59,0
	% of Total	10,4%	6,9%	8,2%	25,5%
entre 4 e 6	Count	27	13	19	59
	Expected Count	24,8	15,6	18,6	59,0
	% of Total	11,7%	5,6%	8,2%	25,5%
mais de 6	Count	38	22	21	81
	Expected Count	34,0	21,4	25,6	81,0
	% of Total	16,5%	9,5%	9,1%	35,1%
Total	Count	97	61	73	231
	Expected Count	97,0	61,0	73,0	231,0
	% of Total	42,0%	26,4%	31,6%	100,0%

Tabela 81- Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	5,965(a)	6	,427
N	231		

(a) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,45.

Tabela 82- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,145	,494
N	128	

Tabela 83- Relação entre o Número de Vezes e os Níveis de satisfação com a Vizinhaça e Comunidade

			Viz.Com_3Grupos			Total
			Baixo	Médio	Elevado	
N.º de Vezes	entre 0 e 2	Count	12	12	8	32
		Expected Count	11,1	12,5	8,5	32,0
		% of Total	5,2%	5,2%	3,5%	13,9%
	entre 2 e 4	Count	23	24	12	59
		Expected Count	20,4	23,0	15,6	59,0
		% of Total	10,0%	10,4%	5,2%	25,5%
	entre 4 e 6	Count	17	26	16	59
		Expected Count	20,4	23,0	15,6	59,0
		% of Total	7,4%	11,3%	6,9%	25,5%
mais de 6	Count	28	28	25	81	
	Expected Count	28,1	31,6	21,4	81,0	
	% of Total	12,1%	12,1%	10,8%	35,1%	
Total	Count	80	90	61	231	
	Expected Count	80,0	90,0	61,0	231,0	
	% of Total	34,6%	39,0%	26,4%	100,0%	

Tabela 84- teste do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-sided)
X ² de Pearson	3,301(a)	6	,770
N	231		

(a) 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,45.

Tabela 85- Symmetric Measures

	Valor	Sig.
V de Cramer	,077	,959
N	128	