

**Contra-capa**



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os utentes que através do seu contributo viabilizaram a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, a minha profunda gratidão, pela sua paciência, dedicação, simpatia, estímulo, ensinamentos e observações indispensáveis à realização deste trabalho.

À minha família agradeço o apoio e carinho dispensados.

À Graça agradeço a compreensão e partilha dos momentos mais difíceis desta caminhada.



## RESUMO

**Introdução** – A prestação de cuidados de saúde de qualidade é uma questão actual e cada vez mais premente, sendo entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes. Em consequência, é fundamental ir de encontro às suas necessidades, expectativas e conseguir um elevado grau de satisfação dos mesmos com os cuidados. Com a realização deste trabalho pretendemos: descrever as características sócio-demográficas e clínicas da amostra em estudo; determinar a satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde, no serviço de Ortopedia da ULSG; identificar as variáveis que mais influenciam a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos; e contribuir para a reflexão sobre a problemática.

**Métodos** – Conceptualizámos um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa. Recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 52 indivíduos, na sua maioria mulheres, com idades compreendidas entre os 22 e os 89 anos ( $x=61,56$ ;  $Dp=18,74$ ). O instrumento de colheita de dados incorporou uma ficha de caracterização sócio-demografia e clínica, o questionário EQ-5D para avaliação da qualidade de vida e o questionário IN-PATSAT32, da European Organization for Research and Treatment of Cancer, para a mensuração da percepção dos cuidados recebidos.

**Resultados** – Os receptores de cuidados caracterizaram a sua qualidade de vida como mediana (56,56), sendo que 44,2% apresentam alguns problemas em deambular e 38,5% em lavar-se/despir-se, 40,4% no desempenho das actividades habituais, 61,5% apresentam dores/mal-estar moderados e 50% estão moderadamente ansiosos/deprimidos.

A satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde apresenta um efeito significativo apenas quando cruzados com os grupos etários 60-79 e 80-99. Verificámos que os mais velhos apresentam melhor percepção sobre os cuidados, isto para as dimensões dos cuidados médicos ( $p=0.015$ ) e dos cuidados de enfermagem ( $p=0.015$ ). Constatámos também a existência de relação entre a satisfação e os dias de internamento, sendo muito significativa na correlação com cuidados da equipa médica ( $p=0.002$ ) e com a satisfação global ( $p=0.004$ ), sendo menos significativa a correlação com a organização dos serviços ( $p=0,040$ ).

Na sua globalidade os indivíduos da amostra referem-se menos satisfeitos com a disponibilidade e a informação fornecida, contrariamente às competências técnicas e interpessoais. O pior item de avaliação é a acessibilidade/acessos (38,5). Na avaliação global sobre os cuidados de saúde recebidos, verificamos um score de 65,4. O grupo profissional dos enfermeiros é o que tem melhor avaliação (68).

**Conclusões** – A qualidade dos cuidados de saúde implica conhecer o grau de satisfação dos utentes e o sentimento de bem-estar da comunidade em geral. A satisfação com os cuidados é uma componente central na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde na perspectiva do utilizador.

## PALAVRAS-CHAVE

Qualidade, Satisfação, Cuidados, Utentes



## ABSTRACT

**Introduction-**The health care quality management is a topical issue and increasingly urgent and is viewed as an intrinsic services necessity, since they exist to serve the users. It is therefore essential to meet users needs, expectations and a high degree of satisfaction. With this work we intend to: describe the socio-demographic and clinical sample under study; evaluate the satisfaction with health care services of Orthopaedics ULSG; identify the variables that most influence patient satisfaction with the care received and contribute to the debate on the issue.

**Methods** – We conceptualized a cross-sectional descriptive, correlational, quantitative study. We use a non-probabilistic convenience sample consisting of 52 individuals, mostly women, aged between 22 and 89 years ( $x = 61.56$ ,  $SD = 18.74$ ). The data collection instrument incorporated a socio-demographic and clinical, the EQ-5D questionnaire for assessing quality of life and IN-PATSAT32 questionnaire (the European Organization for Research and Treatment of Cancer), to measure the perception of care received.

**Results** - The health care receivers characterized the quality of life as median (56.56), 44.2% had some problems in walking, 38.5% in washing and undressing, 40.4% in performance of usual activities, 61.5% had pain/discomfort and 50% are moderately anxious/depressed.

The satisfaction with health care revealed a significant effect only when crossed with the age groups 60-79 and 80-99. We found that older people have a better perception of care, for the dimensions of care ( $p=0.015$ ) and nursing care ( $p=0.015$ ). We also noted the existence of a relevant relationship between satisfaction and hospital days, a marked significant correlation with the medical care team ( $p = 0.002$ ) and overall satisfaction ( $p = 0.004$ ), and a less significant correlation with the organization of services ( $p = 0.040$ ).

In general individuals in the sample refer less satisfied with the availability and the information provided, contrary to the technical and interpersonal skills. The worst grade item is affordability/access (38.5). In the overall evaluation of health care received, we found a score of 65.4. The professional group of nurses was better scored (68).

**Conclusions** - The quality of health care means knowing the degree of user satisfaction and sense of well-being of the community in general. Satisfaction with care is a central component in assessing the quality of health care from the user perspective.

## KEYWORDS

Quality, Satisfaction, Health Care Users



## ÍNDICE

	Pág.
<b>ÍNDICE TABELAS</b>	
<b>ÍNDICE QUADROS</b>	
<b>ÍNDICE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS</b>	
<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2 – MATERIAIS E MÉTODO</b>	41
2.1 – AMOSTRA	41
2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	42
2.3 – PROCEDIMENTOS	47
<b>3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	49
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	50
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	60
<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	67
<b>5 – CONCLUSÃO</b>	80
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	83
<b>APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados</b>	98
<b>APÊNDICE II – Autorização para Colheita de Dados</b>	105



## ÍNDICE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1:</b> Estatísticas relativas à idade dos inquiridos segundo o género	51
<b>Tabela 2:</b> Distribuição da amostra por grupos etários e segundo o sexo	52
<b>Tabela 3:</b> Distribuição da amostra por proveniência, situação familiar, escolaridade, co-habitação e actividade profissional, segundo o sexo	53
<b>Tabela 4:</b> Distribuição da amostra por religião, grau de crença e prática religiosa, segundo o sexo	54
<b>Tabela 5:</b> Distribuição da amostra por data de internamento, dias de internamento, diagnóstico religião e antecedentes clínicos, segundo o sexo	56
<b>Tabela 6:</b> Distribuição da amostra por realização de reabilitação, quem a realizou e as melhorias de sintomas segundo o sexo	57
<b>Tabela 7:</b> Percepção dos utentes face à prestação de cuidados de saúde	58
<b>Tabela 8:</b> Distribuição da amostra por mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão e percepção sobre estado de saúde, segundo o sexo	59
<b>Tabela 9:</b> Resultados do Test t de Student entre: Satisfação em função do Sexo	61
<b>Tabela 10:</b> Resultados da Correlação de Pearson entre: Satisfação em função da Idade	61
<b>Tabela 11:</b> Resultados do teste Post-Hoc de Tukey entre: Satisfação em função do Grupo Etário	63
<b>Tabela 12:</b> Resultados do Test t de Student entre: Satisfação em função da Proveniência	63
<b>Tabela 13:</b> Resultados do Test t de Student entre: Satisfação em função da Realização de Reabilitação	64
<b>Tabela 14:</b> Resultados da Correlação de Pearson entre dias de internamento e a satisfação	65
<b>Tabela 15:</b> Resultados do teste Post-Hoc de Tukey entre: Satisfação em função da Percepção do Estado de Saúde	66



## ÍNDICE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1:</b> Dimensões da avaliação da satisfação	33
<b>Quadro 2:</b> Itens da INPATSAT 32 e distribuição pelas três dimensões	44
<b>Quadro 3:</b> Coeficientes EuroQol (EQ-5D)	46



## ÍNDICE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1:</b> Principais actores existentes num sistema de saúde	22
<b>Figura 2:</b> Tríade de Donabedian	25



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

AACPR	American Thoracic Society/European Respiratory Society
cf.	Conforme
Cit. por	Citado por
CV	Coeficiente de Variação
Dp	Desvio padrão
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
INE	Instituto Nacional de Estatística
K/Std <sub>Error</sub>	Valor de Kurtosis (medida de achatamento)
Máx	Valor máximo estatístico
Mín	Valor mínimo estatístico
N	Número total da amostra
N.º	Número
n=	Número de casos é igual a
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PNS	Plano Nacional de Saúde
QALY's	Quality Adjusted Life Years
Sk/Std <sub>Error</sub>	Valor Skweness (medida de enviesamento)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda

### Símbolos

$\alpha$	Alpha cronbach
$>$	Maior que
$<$	Menor que
$\leq$	Maior ou igual
$\geq$	Menor ou igual
%	Percentagem
XX	Vinte
$\bar{x}$	Média
$\pm$	Mais ou menos



## 1- INTRODUÇÃO

A evolução dos sistemas de saúde fez emergir preocupações relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados. Também a crescente consciencialização dos doentes e dos seus direitos, tem colocado nos últimos anos as organizações perante a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, o interesse relacionado com as opiniões produzidas pelos utilizadores acerca das suas experiências, tem proliferado de tal forma que a percepção do cidadão comum, que utiliza os cuidados de saúde, é considerada vital para a contínua melhoria da qualidade dos mesmos.

O conceito de qualidade foi disseminado a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e adaptado à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (CAMPOS, SATURNO e CARNEIRO, 2010).

Obviamente que o conceito de qualidade foi sempre um aspecto importante na prestação de cuidados. A necessidade de um sistema de qualidade em saúde já foi identificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Declaração “Saúde para todos no ano 2000”, meta 31, assim como pelo conselho da Europa, na sua recomendação nº17/97 do conselho de ministros (BISCAIA, 2000). No entanto, em muitos países a organização dos sistemas de qualidade em saúde é relativamente recente, apesar de terem surgido inúmeras iniciativas num esforço de demonstração de um desempenho de qualidade e de melhores resultados nomeadamente em termos de avaliação da qualidade na prestação dos serviços de saúde (FRANÇA, 2002).

Pereira (2003) diz que apesar da qualidade na saúde ser uma preocupação dos vários governos nos últimos anos, com alguns resultados positivos, há ainda um longo caminho a percorrer. Complementando esta informação o Ministério da Saúde (2004), nas suas orientações estratégicas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, refere que o nosso sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadão utilizadores. Segundo a OMS (2000), se os sistemas de saúde nada fizerem para proteger ou melhorar a saúde dos cidadãos, não há qualquer razão para a sua existência.

Em Portugal tem-se verificado um claro empenho na implementação do conceito de qualidade em saúde, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com vários projectos e programas em desenvolvimento no âmbito da melhoria da qualidade. Existe ainda um diploma legislativo que determina a criação de comissões da qualidade em todas as organizações de saúde. Desta forma, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, inclusive no PNS 2011-2016 (CAMPOS, SATURNO e CARNEIRO, 2010).

O objectivo de qualquer organização é a produção de bens ou serviços, centrando as suas preocupações na melhoria dos processos e na satisfação das pessoas, no aumento da eficácia e da produtividade. Desejam-se os melhores sistemas e processos para se conseguir um serviço de qualidade, envolvendo a participação de quem trabalha e de quem adquire ou recebe o resultado efectivado. Também assim ocorre no âmbito dos serviços de saúde. Neste sentido, a evolução da qualidade em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros sectores e utiliza de forma adaptada os conceitos desenvolvidos para a indústria e serviços (SANTOS, 2009).

A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É consensual que a “Qualidade em Saúde” é um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Donabedian (1980, cit. por Silva, Varanda e Dória, 2004) apresentou um conceito unificador de qualidade de cuidados de saúde que propõe um tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos utentes, depois de considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas, que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes.

Desta forma, a definição de serviços de saúde de Qualidade, corresponde àquele que organiza os recursos de forma mais eficaz para satisfazer as necessidades ao nível da saúde dos mais carenciados, para a prevenção e para a prestação de cuidados, de forma segura, sem desperdícios e acordo com elevados padrões de exigência (OMS, 2008). De facto a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores — é orientada para as necessidades, e não simplesmente para a procura, é de carácter pró-activo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Neste contexto, o objectivo último de

um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade em saúde (PISCO e BISCAIA, 2001).

Pereira (2003) acrescenta que a qualidade em saúde deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil pelo SNS, considerando a qualidade como ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. Com efeito, temos a noção que cada vez mais é difícil acrescentar algo de novo sobre o assunto, “existe hoje a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade em geral, de que os cuidados de saúde sejam de qualidade: acessíveis, adequados e efectivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis” (PISCO e BISCAIA, 2001, p. 43). Tendo subjacentes estes pressupostos, a qualidade é definida como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (GOMES, 2008). Assim sendo, a qualidade não pode ser considerada um conceito estático, mas sim um fenómeno complexo sujeito a uma multiplicidade de interpretações e que deve ser analisada no contexto de sistema de saúde de uma sociedade em constante evolução (PALADINI, 2000 e ALVES, 2007).

Quando falamos na percepção sobre a qualidade em serviços de saúde, referimo-nos a uma componente de índole subjectiva e multidimensional que poderá ser percepcionada por distintos intervenientes: receptor de serviços, prestador de serviços e gestor dos serviços.

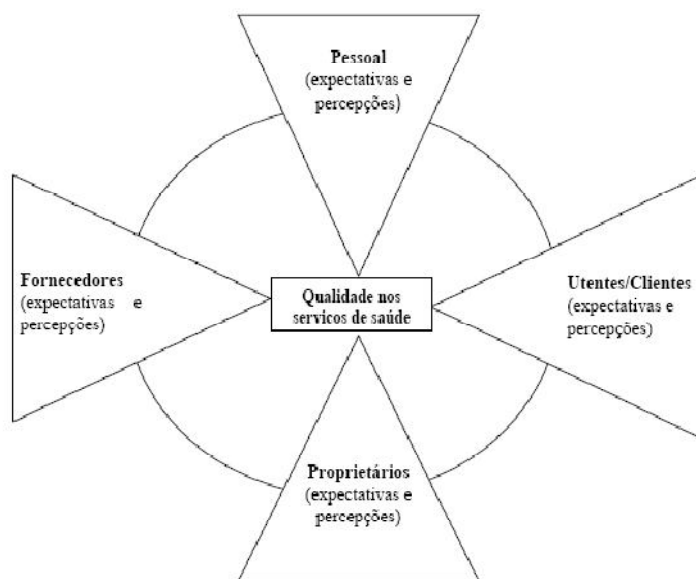
Para Oliveira (2005), Campos (2005) e Serapioni (2009), a concepção sobre o que venha ser qualidade depende do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde, sendo que a qualidade dos serviços de saúde visa a satisfação de necessidades explícitas ou implícitas, que poderem ser abordadas em três perspectivas:

- A do **cidadão/utilizador**, que entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de exigências, expectativas, esclarecimentos e necessidades de saúde. Espera que lhe sejam prestados os melhores e mais adequados cuidados em tempo útil;
- A dos **prestadores**, que de uma forma geral, estão preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e colectivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança etc. Esperam assim que exista uma gestão eficaz de recursos que lhes propicie a necessária aplicação dos seus conhecimentos técnico-científicos às situações com que se deparam no dia a dia.

- A dos **financiadores e gestores**, que tendem a focalizar a sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como máximo rendimento, custo, efectividade, equidade e eficácia.

O sistema de saúde deve assim funcionar como uma rede de relações entre os diferentes intervenientes, os quais têm percepções e expectativas por vezes diferentes, tal como é evidenciado através do esquema de Eiriz e Figueiredo (2004) representado na figura 1.

**Figura 1:** Principais actores existentes num sistema de saúde



**Fonte:** EIRIZ, Vasco; FIGUEIREDO, José António - Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Vol. 3, n.º 4 (Outubro-Dezembro, 2004), p. 20- 28.

Conhecer a percepção dos clientes internos (pessoal) e externos (utentes/clientes) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de acções que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direccionar suas estratégias e acções, como por parte dos próprios profissionais, que entendendo qualidade sob a óptica de seus clientes estarão mais aptos para atender as suas expectativas. Nesta perspectiva Slack, Johnston, e Chambers (2002) apresentam três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes:

- Expectativas < Percepções: a qualidade percebida é boa.
- Expectativas = Percepções: a qualidade percebida é aceitável.
- Expectativas > Percepções: a qualidade percebida é pobre.

A qualidade percebida está assim intrinsecamente ligada com o nível de satisfação do cliente, logo a satisfação do cliente depende da diferença entre o desempenho percebido e as expectativas (KOTLER, 1998).

Serapioni (2009) acrescenta ainda que a avaliação da qualidade em saúde deve fundamentar-se numa perspectiva multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes actores (utentes, representantes dos utentes, profissionais, administradores, gestores e fornecedores), todos dotados de perspectivas próprias de avaliação. Também as organizações que representam os utentes dos serviços devem ocupar o centro do processo da avaliação, pois nem sempre os utentes têm a capacidade de exigir os seus direitos ou de julgar a qualidade dos cuidados. Desta forma, a avaliação de acções em saúde, envolve uma rede objectiva e subjectiva, a partir da qual se vislumbram desafios e possibilidades (BOSI e UCHIMURA, 2007). Kloetzel [et al] (1998), refere que os critérios objectivos estão direccionados aos profissionais da saúde e os subjectivos dizem respeito ao utilizador.

Efectivamente, a qualidade de um mesmo produto/serviço pode ser diferente para diferentes utentes e pode ser diferente para o mesmo utente em diferentes tempos ou condições. Actualmente as pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida (Imperatori, 1999; Vasconcellos, 2002; Ferreira e Lourenço, 2003). Estamos assim na presença de um conceito com carácter subjectivo e, como nos refere Hesbeen (2001) a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável e evolutiva. Contudo, Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), referem que o mais importante na avaliação da qualidade perspectivada pelos utentes são os aspectos pessoais em detrimento da parte técnica do profissional, o que não significa que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica, pois esta é uma exigência da profissão.

Perante estes dados, Santos (2009) refere que a dificuldade que os prestadores na área da saúde sentem para estabelecer níveis e padrões de qualidade para servir os seus utentes está relacionado com o grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde.

Embora as percepções de um serviço sejam subjectivas, compete aos gestores dos serviços tentar conhecer as expectativas dos seus clientes para então procurar melhorias de desempenho que favoreçam uma percepção positiva. A qualidade é assim um factor estratégico para a eficiência e produtividade dos profissionais e para a avaliação e vontade dos

consumidores para adquirir serviços, pelo que deve ser medida e avaliada (LEE e YOM, 2006).

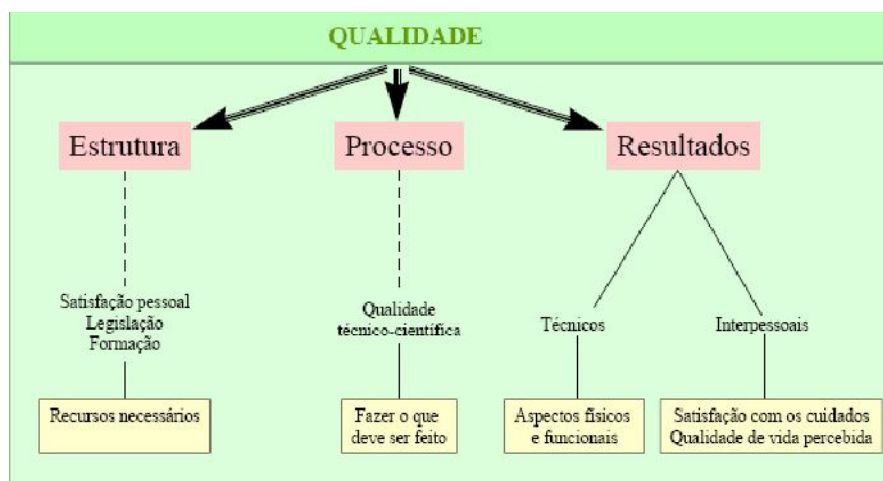
A avaliação da qualidade constitui portanto um precioso mecanismo de gestão a qualquer nível da actividade pública ou privada (SALE, 1998). Os estabelecimentos de saúde, sendo também organizações prestadoras de serviços, com grande investimento financeiro, têm o dever de se preocupar com a problemática da qualidade dos serviços que prestam, procedendo a avaliações periódicas e contínuas através de métodos eficientes e sofisticados que se podem basear na estrutura, no processo ou nos resultados. Se utilizadas convenientemente, tanto as medições do método como dos resultados podem fornecer informações úteis sobre a qualidade dos serviços.

A avaliação da qualidade é realizada tendo por base variáveis de gestão, procurando medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação, do pessoal, do desempenho do equipamento, etc. Outras maneiras de realizar a avaliação baseiam-se em indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Neste âmbito, SCHWARTZMANN (2003) faz referência ao Modelo de Donabedian (figura 2), que considera três áreas fundamentais, designadas por componentes:

- **Estrutura:** características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor e dos ambientes físicos organizacionais em que trabalham. (Características da organização e Características da população);
- **Processo:** diz respeito ao conjunto de actividades que se desenvolvem entre prestadores e cuidados a doentes. (Excelência interpessoal, Avaliação do paciente à doença e os seus determinantes, Excelência técnica);
- **Resultados:** impacto no estado de saúde actual ou futuro de um doente que possa ser atribuído a anterior prestação de cuidados ou na avaliação que este faz da qualidade dos serviços prestados. (Situação clínica (morbilidade, mortalidade), Qualidade de vida, Satisfação com cuidados de saúde, Custos).

**Figura 2:** Tríade de Donabedian



**Fonte:** NETO, M. C. - **Auditorias internas de qualidade em cuidados de saúde primários**. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1999. Dissertação de Mestrado.

Mais tarde, Donabedian ampliou os princípios atrás descritos e desenvolveu os denominados “Sete Pilares da Qualidade”, identificando as seguintes componentes de qualidade (MEZONO, 2001; RIGHI, SCHMID e VENTURINI, 2010):

- **Eficácia** - é a obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas);
- **Efectividade** – indica o grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efectivamente obtida;
- **Eficiência** – como habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efectividade deles;
- **Optimização** – equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e seu custo;
- **Aceitabilidade** – adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos utentes e gestores. A aceitabilidade dos serviços pelo utente envolve uma série de factores como: acessibilidade, oportunidade, relação profissional-utente, comodidade, resultados, custo e equidade (honestidade);
- **Legitimidade** – conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas e nos costumes;
- **Equidade** – é a conformidade como princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde entre os membros de uma população.

Para Eiriz e Figueiredo (2004) existem muitas dificuldades na definição de medidas de desempenho como qualidade, tendo em conta que muitas actividades do sistema de saúde não são mensuráveis. A complexidade, dimensão, heterogeneidade dos sistemas de saúde poderão ser barreiras para essa avaliação. No entanto, de forma a simplificar a avaliação do conceito de qualidade, Donabedian (1980) apresenta-nos 3 dimensões:

- **Técnica** – refere-se à aplicação, actualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do utente;
- **Interpessoal** – refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o utente;
- **Ambiental** - diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecido ao utente.

Actualmente, existem vários modelos que procuram avaliar a qualidade, no entanto devemos ter em consideração que o objecto de avaliação pode ser abordado sob diferentes ângulos. Quando a avaliação é direccionada ao utente, ganham importância as relações que se estabelecem com os profissionais de saúde e utentes, bem como as características de ordem técnica referentes aos cuidados em si. Outro ponto de referência a ter em conta na avaliação da qualidade em saúde são os vários aspectos da prestação de cuidados, incluindo os aspectos técnicos de aplicação do conhecimento e das tecnologias, os interpessoais, os sociais e psicológicos, os éticos (no âmbito da interacção do doente com o prestador de cuidados) e a organização desses cuidados em termos de comodidade, acessibilidade, localização física, a eficácia nas acções e eficiência, prontidão, continuidade e coordenação dos mesmos (ALVES, 2007).

Assim sendo, e no sentido de garantir um serviço de saúde de qualidade, surgiram processos de acreditação de hospitais (King's Fund Health Quality Service) e avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde (MoniQuOr). Estes modelos preconizam uma gestão baseada em processos, e procura a satisfação do utente, numa perspectiva de prevenção de erros, através do fomento do trabalho de equipa e de processos de decisão partilhada. Esta visão privilegia assim, como elemento de boa qualidade, o envolvimento quer dos destinatários do produto/serviço, quer dos elementos envolvidos no processo. Estes instrumentos têm tido uma ampla divulgação nos serviços de saúde, particularmente nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha (JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, 1998).

Ao admitir que a qualidade se baseia em processos, refuta-se, por oposição, a ideia de que corresponde a algo absoluto, óptimo e imutável de resultados e desempenhos. Em vez disso, perspectiva-se como algo em permanente mutação, uma melhoria contínua direccionada para o futuro e relativo aos objectos, aos desejos e às condições, sendo sempre o melhor que se pode alcançar em determinado momento e o padrão que permite avaliar quer os objectivos, desejos e condições, quer o nível de desempenho (NEVES [et al], 2006).

O bom desempenho de um serviço de saúde está directamente relacionado com a qualidade de seus próprios processos e com os processos dos serviços que o apoiam como consequência de uma combinação entre instalações físicas, tecnologia e equipamentos adequados operados por mão-de-obra habilitada e treinada (DUARTE; FERREIRA, 2006). Desta forma, a maneira mais conhecida e tradicional de medir a qualidade dos serviços de saúde é evidenciada nas expectativas e percepções dos utentes.

Na área da saúde, a Qualidade deve ser uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde (profissionais e utilizadores) e passa por promover a centralização do sistema no cidadão, com o objectivo da sua satisfação (TANAKA e MELO, 2004).

Assim, a importância de avaliar a perspectiva do utente quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde é um fenómeno crescente. O papel do utente como protagonista do sistema de saúde tem impacto directo na melhoria do serviço. Desta forma é fundamental conhecer como os utentes avaliam o atendimento prestado, para pensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (DONATELA, 2003 citado por DIAS, RAMOS e COSTA, 2010). Neste sentido, a preocupação com a satisfação com os serviços de saúde tem sido uma prioridade para os gestores, profissionais e utentes do serviço de saúde, afirmando-se gradativamente como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (FRANCO e FLORENTIM, 2006).

Gonçalves (2010), refere que as pesquisas sobre satisfação relativamente aos cuidados de saúde tiveram início na década de 50 e foram realizadas pelos sociólogos Parsons, Szasz e Hollender. Estes estudos basearam-se na relação médico-utente, entendendo-se a satisfação dos utentes como a continuidade de cuidados ou a intenção de seguir o tratamento prescrito.

Todavia, foi já na década de 80, com a força do movimento Total Quality Management, que a opinião dos utentes passou a ser progressivamente mais valorizada e

respeitada, começando a ser vista como um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, incluída no âmbito da qualidade dos cuidados (RIBEIRO, 2008; RODRIGUES, 2009).

A Organização Mundial de Saúde defende que a qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde deve ser avaliada tendo em conta a perspectiva do utente, já que estes são elementos participativos nos cuidados de saúde (SANTOS, 2009).

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXX (Lei 48/90 de 24/08) estabelece a necessidade de avaliação permanente dos cuidados de saúde, baseada num sistema completo e integrado, nomeadamente sobre satisfação do utente e satisfação profissional (SANTOS [et al], 2007; RODRIGUES, 2007).

No que concerne ao conceito, Fritzpatrick (1997) refere a satisfação dos utentes em saúde define-se como a avaliação dos cuidados de saúde recebidos, englobando as reacções emocionais e cognitivas, ou seja, esta definição salienta a ansiedade e incertezas ligadas à situação de doença e do apoio emocional recebido. Já Goldstein, Elliott e Guccione (2000) definem satisfação no âmbito da saúde como as reacções do receptor dos cuidados de saúde (o utente) aos aspectos do serviço recebido. Assim, a satisfação está sempre relacionada às expectativas do utente, ou seja, pode mudar quando as expectativas do utente ou seus padrões comparativos mudam, mesmo quando o objecto de comparação, no caso, o serviço de saúde recebido, permaneça constante.

A satisfação dos utentes refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados. Pode dizer-se que o utente está satisfeito quando a sua experiência actual de interacção com o serviço superou as suas expectativas (HESPANHOL, 2005). Pedro, Ferreira e Mendes (2010), acrescentam que pode definir-se como o grau de congruência entre as expectativas do utente e a sua percepção da qualidade dos cuidados recebidos.

Piva [et al] (2007) por sua vez defende que a satisfação do paciente refere-se à mensuração de uma ou mais de uma variedade de opiniões de utentes que incluem avaliações da qualidade dos serviços, intenções comportamentais futuras, a percepção do utente sobre os próprios resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de Saúde.

A satisfação é assim um termo complexo e multidimensional, mas constitui um indicador pessoal da adequação da qualidade e efectividade dos cuidados às expectativas do

doente, que permite identificar potenciais áreas ou serviços a melhorar ou expandir (HARRIS-KOJETIN e STONE, 2007).

Existem várias definições do conceito de satisfação mas, comum a estas concepções, é a definição da satisfação do utente como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (PEREIRA; ARAÚJO-SOARES e MCINTYRE, 2001).

Apesar de ser um conceito complexo e de difícil avaliação, a satisfação dos utentes com os serviços de saúde tem ocupado um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos (SANTOS e BISCAIA, 2007). É amplamente reconhecido que as perspectivas dos utentes são largamente reconhecidas como determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (VAZ, 2008). Desta forma os indicadores centrados no utente, como o grau de satisfação, são cada vez mais reconhecidos como elementos críticos na monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (SCASCIGHINI, 2007).

Donabedian (1980) dá ênfase a esta questão, considerando que a satisfação dos doentes deverá ser considerada um indicador de relevo para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Neste prisma, o utente tem vindo a ser cada vez mais considerado no domínio científico e pelos vários parceiros sociais, adquirindo um papel fundamental no processo de avaliação dos cuidados recebidos, caracterizando-se como fonte de opiniões e sugestões, que conseqüentemente auxiliam na mensuração da satisfação e desta forma contribuindo no processo de melhoria dos serviços oferecidos. (Grol et al., 2000; Guadagnoli e Ward, 1998; Mossialos, 1997; WHO, 2000 in FERREIRA [et al], 2001; POLIZER e D'INNOCENZO, 2006; MARTINS, 2009).

As perspectivas dos utentes são também importantes na medição e monitorização da qualidade dos cuidados prestados e bem como as avaliações que produzem têm valor como medidas de efectividade clínica e eficiência económica. Por outro lado, ter em conta estas avaliações é uma forma de contribuir para a democratização dos serviços de saúde. (PEREIRA, ARAÚJO-SOARES e MCINTYRE 2001; FERREIRA e RAPOSO 2006; PEDRO, FERREIRA e MENDES, 2010).

Ferreira [et al] (2001) refere ainda que é importante ouvir os utentes, porque são normalmente estes quem melhor conhece qual o resultado de saúde desejável, fornecendo

expectativas, vontades e prioridades diferentes dos profissionais. Silva [et al] (2005), acrescenta que ouvir a voz do doente não só passará a ser uma necessidade da qualidade que se pretende alcançar, mas também possibilitará um aperfeiçoamento da dignidade deste, enquanto cidadão e consumidor de cuidados.

Ferreira [et al] (2003) corrobora, afirmando que os utentes têm capacidade de emitir opiniões sobre em que medida os cuidados de que foram alvo contribuíram para melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida, já que de entre os vários intervenientes que utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é este quem recebe directamente a prestação de cuidados e quem pode fazer uma avaliação de cuidados que recebeu, bem como do impacto desses mesmos cuidados.

O Ministério da Saúde (2007), acrescenta que a medição da satisfação dos utentes permite identificar necessidades potenciais, áreas de actuação prioritária e oportunidades para a construção de um Serviço Público de excelência e centrado no utente. Neste sentido, Davies e Ware (1988) fizeram referência a alguns argumentos que reforçam a importância da opinião do utente na avaliação dos cuidados, tais como:

- Para prestar uma informação precisa relativamente à qualidade, os utentes não necessitam de ser avaliadores qualificados;
- Os custos envolvidos na obtenção da avaliação de qualidade a partir destes são extremamente mais baixos face a quaisquer outras alternativas;
- A informação disponibilizada por estes é única e não estaria disponível de outra forma.

Aragon e Gesell (2003) acrescentam alguns argumentos que esclarecem a importância da avaliação da satisfação dos utentes:

- A constatação de que a satisfação dos utentes afecta significativamente a reputação dos hospitais na comunidade;
- A aceitação da satisfação dos utentes como uma importante medida da qualidade dos serviços prestados;
- O facto de os médicos prestarem cada vez mais atenção à satisfação dos utentes devido à sua associação com a cooperação dos utentes, os resultados clínicos e, mais recentemente, a propensão dos utentes para instaurar acções legais contra os médicos.

Aliadas a estas vantagens surgem algumas desvantagens de avaliação dos cuidados de saúde com base na satisfação dos utentes. Autores como Vuori (1987), Davies & Ware (1988), Monteiro (1991), Santos [et al] (2007), Miralles, (2007) defendem que este tipo de avaliação:

- Revela mais informação sobre os utentes do que sobre a qualidade dos cuidados prestados;
- Tem em conta mais a quantidade do que a qualidade dos cuidados prestados;
- É influenciada pela simpatia dos prestadores;
- A natureza e o grau de dependência dos cuidados podem condicionar o utente (medo de represálias, dificuldade em recordar aspectos passados ou na medição de fenómenos subjectivos).
- Falta de conhecimentos dos doentes para avaliar com precisão a competência técnica com que são prestados os cuidados,
- Estado emocional ou físico dos doentes.

Nenhum dos argumentos anteriormente referidos deve ser ignorado. No entanto, deverão tão-somente temperar a nossa visão do utente e não reduzir ou aniquilar a avaliação feita pelo mesmo, comprometendo os resultados dos estudos realizados. Não obstante, entende-se que os possíveis enviesamentos que resultem das características pessoais não são suficientemente fortes para invalidarem as avaliações fornecidas pelos doentes.

Donabedian (1988, cit. por Teixeira, 2006), refere que é fútil discutir sobre a validade da satisfação como critério de avaliação da qualidade. Sejam quais forem as suas limitações como um indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deve ser tão indispensável à avaliação da qualidade quanto ao planeamento de um sistema de saúde.

Deste modo, apesar de nem todos partilharem a mesma opinião relativamente à importância e validade da informação disponibilizada pelos utentes quanto à satisfação com os cuidados recebidos, tem-se assistido a um aumento crescente da utilização de inquéritos à satisfação dos mesmos (RODRIGUES, 2009).

A opinião dos utentes acerca dos serviços de saúde prestados, torna-se desta forma extremamente importante, na medida em que permite reavaliar paradigmas, e procurar novos caminhos e novas respostas, tendo como produto final: a prestação de cuidados de qualidade ao cidadão. A satisfação dos utentes deve assim ser considerada uma área de investigação

importante na avaliação da qualidade de cuidados prestados pelos sistemas de saúde, e uma medida de resultados de cuidados de saúde.

No que concerne à identificação dos factores/variáveis/dimensões que mais influenciam a satisfação do doente ainda persistem dúvidas, porém, parece haver acordo entre diversos autores no que concerne à natureza multidimensional do conceito (GONÇALVES, 2010). A satisfação tem então natureza multidimensional, ou seja, um indivíduo pode estar extremamente satisfeito com um ou mais aspectos de uma consulta ou uma sessão de tratamento e simultaneamente pode estar insatisfeito com outros aspectos (SUDA, UEMURA e VELASCO, 2009).

Apesar de não ser totalmente consensual a satisfação do utente na avaliação da qualidade dos cuidados recebidos (FILHO, 1990; TEIXEIRA, 2006) e dos cépticos de alguns autores quanto à medição do nível da satisfação (WEARS, 2005), verificamos que ao longo dos tempos foram vários os estudos realizados no âmbito da satisfação dos utentes, revelando que são vários os factores que influenciam a sua avaliação relativamente aos cuidados prestados. Face ao exposto, torna-se imperioso fazer uma síntese relativamente às dimensões que distintos autores consideram influenciar a satisfação dos doentes, que apresentamos no quadro que se segue.

**Quadro 1 – Dimensões da avaliação da satisfação**

<b>Dimensões/Autores</b>	Ware, Davies-Avery & Stewart (1978)	Linder-Pelz (1982)	Cleary & McNeil (1988)	Weiss (1990)	Wilkin, Hallan & Doggett (1993)	Sepúlveda (1998)	Carolino (1994)	Sitzia e Wood (1997)	Ferreira (2001)	Florentim (2006)
Aspectos interpessoais	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Qualidade técnica do cuidado	X	X	X		X			X	X	
Acessibilidade/conveniência	X	X	X	X	X	X	X	X		
Aspectos financeiros	X	X		X						
Eficácia/resultados do cuidado	X	X	X					X		X
Continuidade de Cuidados	X	X	X		X	X	X	X	X	
Ambiente físico/amenidades	X	X	X	X		X	X	X		X
Disponibilidade de recursos	X	X				X		X		X
Recolha/Dadiva de informação		X				X	X	X	X	
Envolvimento do doente no processo						X		X		
Características sócio demográficas do utente			X	X				X		
Estado físico e psicológico do doente			X					X		
Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde			X				X	X		
Características dos profissionais				X			X			
Utilidade dos cuidados					X					
Organização dos serviços							X		X	

**Fonte:** Adaptado de TEIXEIRA, 2006; RODRIGUES, 2007; VAZ, 2008; SANTOS, 2009; GONÇALVES, 2010.

De forma a esclarecer as dimensões de avaliação da satisfação apresentadas na tabela anterior, fazemos referência às determinantes que as caracterizam:

- Aspectos interpessoais – geralmente relacionado como o modo como os prestadores interagem e se relacionam com os utentes: respeito, preocupação, humanidade, amizade, cortesia, confiança, comunicação, simpatia;
- Qualidade técnica do cuidado – processo no qual se inserem a competência técnica e qualificações dos profissionais de saúde. Apesar da dificuldade na avaliação de algumas características mais técnicas, o processo é dos aspectos mais influentes na satisfação dos utentes;
- Acessibilidade/conveniência – engloba determinantes como tempo de espera, facilidade de acesso, marcação de consultas e facilidades no atendimento;
- Aspectos financeiros – relaciona-se com a forma como é efectuado o financiamento e a forma de pagamento dos serviços;
- Eficácia/resultados do cuidado – como a melhoria do estado de saúde;
- Continuidade dos cuidados – é definida em função da sua frequência, tendo em conta a mesma organização, a mesma localização e o mesmo prestador e, raramente, é ainda definida pela existência de um registo clínico no conjunto de todas as visitas do utente;
- Ambiente físico/amenidades – está relacionado com as prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos dos locais onde se prestam os cuidados de saúde, ambientes bem sinalizados, equipamentos, conforto, atmosfera agradável, higiene do serviço;
- Disponibilidade – presença de recursos humanos: quantidade suficiente de prestadores;
- Características sócio-demográficas do utente – nomeadamente a idade, o estado civil, o género, a raça, a educação, a actividade profissional, o rendimento, a classe social e a dimensão do agregado familiar;
- Estado físico e psicológico do utente – podem afectar a percepção dos cuidados prestados e condicionar os próprios resultados desses mesmos cuidados;
- Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde – de acordo com o conhecimento prévio dos recursos técnicos, humanos e organizacionais, os utentes criam expectativas relativamente à satisfação das suas necessidades;

- Recolha/Dadiva de informação – individualização da informação dos recursos, promoção do elo de ligação e formalização da transmissão da informação;
- Características dos profissionais de saúde – uma vez que existem alguns “traços de personalidade” que fazem com que a “arte” e “técnica” dos cuidados prestados deixem os utentes satisfeitos com maior ou menor intensidade.

Constatamos que todos estes aspectos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. No entanto, cada instituição/serviço pode dar preferência apenas a alguns desses aspectos, em concordância com os objectivos ou necessidades de informação (FRANCO e FLORENTIM, 2006). É importante referir que, embora os factores mencionados possam influenciar a percepção da qualidade dos serviços de saúde, esta percepção recai essencialmente no ponto de vista do utente (SANTOS, 2009).

Torna-se assim necessário manter uma postura de constante medição e monitorização através de instrumentos rigorosos, sistemáticos, cientificamente adaptados e validados para o contexto e para a realidade que é objecto dessa medição. Contudo, a diversidade nas ferramentas de medida da satisfação do utente, constitui muitas vezes um obstáculo á obtenção de resultados de cariz científico. Os dados são colhidos por diversas entidades, com diferentes objectivos, e em níveis diferentes da prestação de cuidados. Só recentemente se iniciaram esforços no sentido de uniformizar a medida da satisfação, para que possa funcionar como indicador válido, que permita estabelecimento de comparações entre diferentes serviços e diferentes organizações (GUADAGNINO, 2003).

De realçar ainda que a tendência generalizada dos inquéritos de satisfação dos utentes para resultados elevados de satisfação tem gerado reflexão ao nível da comunidade científica internacional sobre alguns aspectos teóricos e metodológicos destes estudos, nomeadamente sobre a utilidade, validade e fundamentação do conceito “satisfação do utente” bem como das metodologias utilizadas para a sua avaliação (Santos [et al], 2007).

Estas considerações realçam a importância da utilização de outras metodologias de avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais que não apenas os questionários de satisfação, assim como da necessidade de triangulação dos resultados obtidos (ou seja, a comparação sistemática dos dados obtidos através de diferentes abordagens metodológicas e de diferentes ângulos e perspectivas de investigação sobre o fenómeno em estudo). Desta forma, verificamos que no campo da avaliação da satisfação do utente é comum o debate

acerca dos métodos mais adequados para a sua avaliação. Os **métodos quantitativos** são por vezes considerados algo reducionistas porque não abordam aspectos subjectivos no âmbito da satisfação, no entanto, são os mais usados. Incluem a administração de questionários com questões fechadas, e estas questões surgem associadas a escala de valores para mensuração das respostas, e quantificação da satisfação. Os métodos quantitativos são valorizados por permitirem abranger amostras significativas, mais representativas da população, dificilmente obtidas por outras metodologias (ASPINAL [et al], 2003). Em alternativa, **os métodos qualitativos** possibilitam que o utente expresse a sua opinião acerca dos serviços de saúde a partir de um leque mais amplo de posições, o que poderá resultar melhor no caso de grupos de difícil acesso, como por exemplo os pacientes idosos (ESPIRIDÃO e TRAD, 2005). Aspinal, Hall e Higginson (2003), referem, contudo, que os métodos qualitativos podem inibir o utente já que requerem a presença do investigador ou entrevistador, o que compromete a honestidade das respostas devido ao medo de sofrer represálias. Além disso, estes métodos requerem a dispensa de mais tempo, sendo cansativo para utentes mais debilitados.

Constata-se, então, que existem vários métodos, técnicas e instrumentos, cada qual com as suas vantagens e desvantagens, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas na avaliação da satisfação dos utentes. O instrumento a utilizar deve, portanto, ser adequado à realidade em que vai ser aplicado (SANTOS, 2009).

Independentemente do método seleccionado para avaliar a satisfação dos utentes, a Ordem dos Enfermeiros (2005) sugere que se contemplem os instrumentos traduzidos, validados e aferidos para a população portuguesa.

Neste sentido, de seguida faremos referência alguns dos instrumentos de avaliação da satisfação do doente sobre os cuidados validados para a população portuguesa:

- **EUROPEP** – Questionário Internacional de Avaliação da Satisfação dos Utentes com o seu Médico de Família (Ferreira, 1999). Desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários, este instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, padronizado e validado de modo a permitir comparações da qualidade dos cuidados prestados entre médicos de família de vários países. Em 1999 foram efectuadas as primeiras avaliações, em doze países da Europa incluindo Portugal (VAZ, 2008). Para além da medição da satisfação, este instrumento pode fornecer informação útil para a

administração e governação em saúde e para os grupos de cidadãos organizados e interessados numa melhor prestação de cuidados de saúde (FERREIRA e RAPOSO, 2006). Este instrumento de satisfação dos utentes mede essencialmente cinco principais dimensões dos cuidados primários: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços (FERREIRA [et al], 2001). A necessidade de, por vezes, o entrevistador ajudar no preenchimento do questionário pode introduzir viés de informação.

- **QUASU** – Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (MCINTYRE [et al], 1998). Trata-se dum questionário composto por 47 itens que avalia a satisfação do utente em vários domínios. Acesso, Despesas, Qualidade Técnica, Comunicação/Informação, Relações Interpessoais, Coordenação da equipa e Avaliação global. Quanto maior o resultado obtido melhor a satisfação do utente nos domínios mencionados.
- **QASUCE** – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (RIBEIRO, 2005). O Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem é constituído por 26 itens variando o score de cada um entre 1 e 3. Avalia as seguintes dimensões: qualidade na assistência (nove itens) que expressa o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes ocorrem ao centro de saúde, individualização da informação (seis itens) que reflecte o modo como os indivíduos perceberam a comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles, envolvimento do utente (três itens) que reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, informação de recursos (três itens) que expressa a importância da transmissão da informação sobre os recursos disponíveis, formalização da informação (dois itens) que reflecte a ideia que na actividade do enfermeiro existe um papel ligado a aspectos mais formais da sua actividade (fornecer informação escrita, esclarecer direitos e deveres do utente) e promoção do elo de ligação (três itens) que expressa a preocupação de envolvimento da família ou pessoas mais próximas no processo de cuidados (RIBEIRO, 2005). A autora sugere que os scores de cada dimensão sejam transformados numa escala de 0 a 100%, procedimento este usado em situações semelhantes, pois facilita o grau de compreensão dos resultados (SOUSA, PEIXOTO e MARTINS, 2008).

- **EAMM** – Escala de Atitudes Face aos Médicos e à Medicina (Marteu, 1999). Trata-se da Versão portuguesa do Attitudes towards Doctors and Medicine Scale (Pereira & Silva, 1999). A EAMM é uma escala desenvolvida para avaliar as atitudes de indivíduos face aos médicos e à medicina constituída por 17 afirmações e contém 4 sub-escalas: Atitudes positivas face aos médicos; Atitudes negativas face aos médicos; Atitudes positivas face à medicina e, finalmente Atitudes negativas face à medicina. Um resultado elevado significa atitudes mais positivas ou negativas face aos médicos e medicina conforme a subescala em questão.
- **ECsD** – Escala de Conhecimentos sobre a Doença. Permite identificar a satisfação dos utentes com a informação que detêm sobre a doença através de 28 itens divididos igualmente por duas dimensões: a dimensão relativa à informação projectiva e de auto controle – que inclui itens relativos ao impacto futuro da doença e aos conhecimentos e estratégias fomentadores da autonomia - e a dimensão relativa à informação médica que inclui aspectos relativos à doença em si, ao seu diagnóstico e tratamento. Apresenta bons critérios de validade e fidelidade, com valores de Consistência Interna (alpha de Cronbach) de 0,93 para o global da escala e de 0,93 e 0,92 para cada uma das dimensões antes referidas, respectivamente. A ECsD utiliza valores médios no global e em ambas as dimensões, podendo essa pontuação variar entre zero (correspondente à resposta “não sei nada”) e três (correspondente à resposta “sei o necessário”) (MARTINS, 2009a).

Apesar da existência de vários instrumentos fidedignos disponíveis, verificamos que não está integrada na cultura das organizações de saúde a importância da avaliação da satisfação dos utentes, sendo que nem sempre se recorre à utilização destes instrumentos devidamente validados, muitas instituições limitam-se a avaliar a satisfação dos utentes através da análise do livro de reclamações ou simplesmente dos documentos depositados nas “caixas de sugestões”.

Não obstante, algumas instituições de saúde, nomeadamente privadas, fazem já monitorização contínua da satisfação dos utentes, recorrendo a “Questionários de satisfação” por eles desenvolvidos, que nem sempre abordam todas as dimensões de satisfação referenciada na bibliografia. Desta forma, torna-se impossível comparar resultados entre instituições e/ou generalizar resultados.

Pode assim dizer-se que em Portugal não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde. E os estudos de satisfação que foram realizados em Portugal, são demasiado heterogéneos, diferindo grandemente tanto em termos das metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise (SANTOS [et al], 2007).

Contudo é fundamental que os utentes participem e se envolvam nas actividades de garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Só assim é possível aos investigadores dos serviços de saúde – quer sejam prestadores de cuidados, gestores, políticos de saúde ou investigadores em saúde não inseridos no sistema de prestação – iniciar esforços de construção de instrumentos e mecanismos para garantir a qualidade de cuidados de acordo com as expectativas dos utentes (FERREIRA, 2001).

A consciência desta realidade, aliada à existência de um elevado número de utentes que avalia mal a performance do sistema de saúde português, e uma forte motivação pessoal e profissional, levou-nos à elaboração da seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo: Quais as determinantes da satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde durante o internamento, no serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG)?

Em suma, acreditamos que se trata de uma temática bastante actual e pertinente não só para os vários profissionais da saúde mas também com hipotéticas influências para os utentes receptores de cuidados de saúde. Com este trabalho pretendemos realizar um diagnóstico da situação, com o intuito de delinear novas estratégias de acção com vista a melhorar a qualidade do serviço prestado.

Como tal pretendemos, com a presente investigação, atingir os seguintes objectivos:

1. Descrever as características sócio-demográficas e clínicas da amostra em estudo;
2. Determinar a satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde, no serviço de Ortopedia da ULSG;
3. Identificar as variáveis que mais influenciam a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos;
4. O último grande objectivo, visa contribuir para a reflexão sobre a problemática.



## 2 - MATERIAIS E MÉTODO

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (LAKATOS e MARCONI, 1996; PEREIRA e POUPA, 2004; HILL e HILL, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (PEDHAZUR e SCHMELKIN, 1991, p.211), também designado por *estudo pós-facto* (KIESS; BLOOMQUIST, 1985), *estudo de observação passiva* (COOK; CAMPBELL, 1979) ou *estudo correlacional e de observação* (GIL, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Relativamente às variáveis, consideramos a satisfação dos utentes internados no serviço de ortopedia da ULSG face aos cuidados recebidos como a nossa variável dependente, e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, assim como a qualidade de vida como as nossas variáveis independentes. De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos factores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes sub capítulos (2.2), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

### 2.1 – AMOSTRA

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem que, segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objectivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos.”

A nossa amostra ficou constituída por 52 utentes internados do serviço de Ortopedia

da ULSG, 55.8% mulheres e 44.2% homens, com uma média de idades de 61.56 anos e um desvio padrão de 18,74. Apesar do esforço para que a amostra, que serve de base à nossa investigação, fosse o mais representativa possível do total da população, recorreremos à amostragem não probabilística accidental. Fortin (2009, p.31) refere que “contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra” e é accidental porque “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”. Por outras palavras a amostragem accidental permite escolher pessoas que estão no local certo à hora certa.

Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: (1) estado de orientação com capacidade cognitiva para obtenção de respostas válidas; (2) ter alta médica no dia de aplicação do questionário.

## 2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados (apêndice 1), o qual incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa. Em concreto, o instrumento de colheita de dados inicia com uma breve introdução que faz referencia ao modo de preenchimento, objectivos do trabalho, esclarecimento da confidencialidade. Era constituído por perguntas abertas e fechadas (58 no total), subdividido em 4 secções.

A *primeira secção* incorpora a caracterização sócio demográfica dos utentes subjacente a um conjunto de informações relativas às suas características pessoais que inclui as variáveis: idade; sexo; proveniência; situação familiar; escolaridade; com quem vive habitualmente; actividade profissional e prática religiosa.

A *segunda secção* diz respeito à caracterização clínica dos utentes, nomeadamente às informações obtidas através da análise das variáveis: período de permanência até data de colheita de dados, diagnóstico de admissão; antecedentes clínicos; terapêutica do domicílio e realização de programa de reabilitação.

Na *terceira secção* procede-se à avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados

recebidos no serviço de Ortopedia da ULSG através do questionário da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) IN-PATSAT 32.

O IN-PATSAT 32 é um instrumento de 32 itens, num formato de resposta tipo likert de cinco pontos, em que as possibilidades de resposta a cada item são *Fraco*, *Normal*, *Bom*, *Muito Bom* e *Excelente*. A classificação *Fraco* corresponde à pior satisfação possível e *Excelente* é o nível máximo de satisfação contemplado por este instrumento. Saliente-se que a razão pela qual se optou pela escolha deste instrumento se ficou a dever ao facto do mesmo ser utilizado internacionalmente e incorporar um número significativo de itens, que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da satisfação.

O primeiro estudo a ser realizado com o IN-PATSAT 32, que em termos práticos, contribuiu para a sua validação, aconteceu em 2005 e foi levado a cabo por Brédart e colaboradores. O estudo foi desenvolvido em nove países e teve uma amostra de 647 doentes. A análise estatística revelou uma excelente consistência interna da escala no seu global e de cada uma das suas dimensões, assim como uma forte validade convergente quando comparada com outros instrumentos já existentes. Neste mesmo estudo foi ainda realizado um teste-reteste numa sub-amostra de 113 doentes, tendo ficado demonstrada elevada fidelidade, com correlações superiores a 0,70 para as várias sub-escalas assim como para o global da escala (BRÉDART et al., 2005 e BRÉDART, 2006). O instrumento foi já utilizado em outros estudos, como o de Avery et al. (2006) (N=139), continuando a revelar excelentes propriedades psicométricas. Recentemente, num estudo levado a efeito por Martins (2009b), aplicado a 254 utentes, o questionário foi validado para a população portuguesa. Verificou-se uma elevada correlação de praticamente todos os itens com o total da escala, o que demonstra o seu bom funcionamento como um todo e que contribui para o elevado valor de Alpha de Cronbach (0,964).

A EORTC disponibiliza o questionário traduzido em várias línguas, entre as quais o português. No quadro 2, podemos observar os vários itens e a sua distribuição pelas suas três dimensões, na versão em língua portuguesa fornecida pela EORTC.

**Quadro 2** – Itens da IN-PATSAT 32 e distribuição pelas três dimensões

Dimensões	N.º de itens	Questões correspondentes
Satisfação com os cuidados recebidos dos médicos	11	1-11
• Competências técnicas	3	1-3
• Competências interpessoais	3	4-6
• Informação por eles transmitida	3	7-9
• Disponibilidade	2	10-11
Satisfação com os cuidados recebidos dos enfermeiros	11	12-22
• Competências técnicas	3	12-14
• Competências interpessoais	3	15-17
• Informação por eles transmitida	3	18-20
• Disponibilidade	2	21-22
Satisfação com os aspectos organizacionais e serviços	9	23-31
• Troca de informação entre os profissionais	1	23
• Simpatia e ajuda e informação transmitida por outro pessoal hospitalar	3	24-26
• Tempos de espera pelos resultados de exames e tratamentos	2	27-28
• Acessibilidade/aceessos	2	29-30
• Conforto e limpeza/higiene das instalações	1	31
Em Geral		
Classificação dos cuidados recebidos no internamento	1	32

Como se verifica, os itens correspondentes à avaliação dos cuidados recebidos por parte dos médicos e pelos enfermeiros são precisamente iguais, o que permite fazer uma comparação entre as diferentes classes profissionais. Relativamente ao item competências técnicas, este aborda questões relativas ao conhecimento e à forma como se prestam os cuidados. No que diz respeito ao item das competências interpessoais, são valorizados o interesse, apoio, conforto, educação, respeito. O item acerca da informação transmitida tem como pontos de avaliação a informação fornecida relativa à doença, exames, tratamentos, cuidados a ter. Já no item disponibilidade são referenciados como pontos-chave, a prontidão de resposta, a frequência e tempo dedicados nas visitas médicas. No entanto, quando nos reportamos para a satisfação com os aspectos organizacionais e serviços verificamos que os indicadores de avaliação são outros, nomeadamente: simpatia de outros profissionais de saúde (técnicos, rececionista, auxiliares), limpeza, ambiente físico, tranquilidade, estacionamento, meios de transporte, tempos de espera, etc.

A fidelidade do questionário utilizado foi determinada com recurso ao valor do *coeficiente alpha de cronbach*, sendo, segundo Fortin (2009), o procedimento estatístico

indicado para escalas do tipo likert.

Relativamente ao cálculo dos scores da satisfação, devem seguir-se dois princípios:

- Estimar a média dos itens que contribuem para a escala, o que representa o score bruto (raw score).  $Raw\ Score = (x_1+x_2+x_3+...+x_n)/n$ ; n é o número total dos itens que compõem a escala ou o item individual.
- Efectuar uma transformação linear para normalizar a pontuação bruta, de modo que os scores variam de 0 a 100.

$$\text{Satisfação } S = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

O Range (intervalo) é a diferença entre o valor máximo possível do RS e o mínimo possível valor. A cotação das respostas variava de 1-“fraco”; 2-“normal; 3-“Bom”; 4-“Muito bom”; 5-“excelente”, sendo que o pior nível de avaliação corresponde a 1 e o melhor corresponde a 5.

Na *Quarta secção* procede-se à avaliação da qualidade de vida dos utentes internados no serviço de Ortopedia da ULSG, através do EQ-5D. Este é um instrumento genérico, que não sendo direccionado para nenhuma doença específica, pode ser aplicado a uma grande variedade de doenças e estados de saúde, descrevendo e valorizando a saúde dos indivíduos. Encontra-se validado em português pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (FERREIRA, 2010 e FERNANDES, 2010). Este instrumento teve como origem o interesse comum de um grupo de investigadores europeus acerca da medição de qualidade de vida em saúde. Designaram-se assim Grupo EuroQol que se tem alargado a outros investigadores. Foi especialmente desenvolvido para complementar outros instrumentos de qualidade de vida. Desde a sua versão original em 1987, já sofreu algumas alterações, actualmente encontra-se com 21 traduções oficiais para línguas diferentes.

Actualmente, o questionário EQ-5D é constituído por dois componentes principais: O primeiro é um sistema descritivo que define a qualidade de vida relativa à saúde em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), cada uma com três níveis de gravidade (1-nenhum problema/ 2-algum problema/ 3-problema extremo). Classifica os inquiridos em 1 de 243 estados de saúde distintos, num código de cinco dígitos. Por exemplo, o estado 11111 corresponde a um indivíduo sem problemas em todas as dimensões, enquanto o estado 33333 representa problemas sérios nas cinco dimensões.

Após a aplicação do EQ-5D, é necessário proceder ao cálculo dos índices definidos pelas 5 dimensões. Este cálculo é efectuado com base nos coeficientes EQ-5D (Quadro 3), obtidos com base numa regressão do modelo desenvolvido a partir dos valores recolhidos com o Time Trade-Off, no Reino Unido (Dolan et al, 1995 e Kind et al, 1999).

**Quadro 3** – Coeficientes EuroQol (EQ-5D)

DIMENSÃO EUROQOL	COEFICIENTES	
	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Mobilidade	0,069	0,314
Cuidados Pessoais	0,104	0,214
Actividades Habituais	0,036	0,094
Dor/Mal Estar	0,123	0,386
Ansiedade/Depressão	0,071	0,236
Constante		0,081
N3		0,269

**Fonte:** FERREIRA, Lara de Noronha - Utilidades, QALY's e medição da Qualidade de Vida. Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo Universidade do Algarve. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. DOCUMENTO DE TRABALHO N.O 1/2002. (2002).

Os índices dos estados de saúde são obtidos subtraindo os coeficientes relevantes a 1,000. O termo constante é utilizado desde que exista algum problema de saúde. O termo N3 é usado desde que pelo menos uma dimensão seja de nível 3. O termo de cada dimensão é escolhido com base no nível de cada dimensão (DRUMMOND et al, 1997). O algoritmo de cálculo é bastante simples. Por exemplo, o índice do estado de saúde 11223, é obtido da seguinte forma (DRUMMOND et al, 1997 e KIND et al, 1999).

O segundo componente consiste numa avaliação do próprio estado de saúde a partir de um termómetro (Escala Visual Analógica), numerada de 0 a 100, onde 0 é o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor (EUROQOL GROUP, 2000).

Neste sentido, Kind et al., (1999), EuroQol Group (2000), Ferreira (2002) e Molina (2005), referem que o EuroQol EQ-5D pode ser utilizado com diversos objectivos:

- Descrição e avaliação (clínica) do estado de saúde do próprio indivíduo, através da classificação (das 5 dimensões);
- Comparação de grupos de referência (com outros doentes ou com a população em geral) ou obtenção da evolução da saúde dos pacientes ao longo do tempo, através do termómetro;

- Qualquer estado de saúde pode ser avaliado utilizando as preferências obtidas de uma determinada população e depois utilizado para comparações similares;
- A informação descritiva e/ou a da valorização dos estados de saúde pode ser analisada, tendo em conta informações acerca dos indivíduos que responderam ao questionário, como a idade, o sexo ou o nível de educação;
- Tem propriedades que permitem o cálculo dos QALY's para avaliação económica;
- Avaliação custo-efectividade-utilidade das intervenções em saúde que permitem valorizar e relacionar os recursos;
- Avaliação da qualidade de vida.

### 2.3 – PROCEDIMENTOS

Com o intuito de escolher uma amostra representativa da população aplicou-se o instrumento de colheita de dados aos utentes que se encontravam internados no serviço de ortopedia da ULSG, com alta médica.

Selecionou-se o serviço de Ortopedia da ULSG, constituído por serviço de internamento de homens e outro de mulheres, pois este é o único hospital do Distrito da Guarda com a valência de ortopedia. Efectuou-se então o devido pedido para aplicação dos questionários à instituição em causa. Após resposta afirmativa (apêndice 2), procedeu-se à fase de aplicação dos questionários, que segundo os critérios pré-estabelecidos nos indicaram os indivíduos que se poderiam enquadrar no estudo.

Na presença do inquirido procedeu-se da seguinte forma: apresentação formal do entrevistador/investigador; pedido de consentimento informal e esclarecido e entrega do instrumento de colheita de dados.

Sempre que possível a distribuição do instrumento de colheita de dados era feita na presença de algum familiar/amigo/visita com o objectivo de este poder esclarecer alguma dúvida que pudesse surgir no decorrer do preenchimento, isto com o objectivo de obter resultados fidedignos e livres de viés nomeadamente através da presença do investigador. Desta forma após 25 minutos era efectuada a recolha do questionário e esclareciam-se dúvidas caso surgissem. Seguidamente certificava-se o total preenchimento do instrumento. Numa segunda fase consultou-se o processo do utente no sentido de verificar a terapêutica que efectuava no domicílio, assim como certificar respectivos diagnósticos clínicos.

A colheita de dados decorreu desde o dia 23 de Agosto até dia 20 de Setembro (2011) e o tempo médio de preenchimento, foi de aproximadamente 30 minutos.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efectuado informaticamente, através do programa Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 19.0.

### 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Uma vez recolhidos os dados, iremos neste capítulo apresentá-los, analisá-los e interpretá-los. Este capítulo constitui-se em duas partes fundamentais: a primeira, onde se fará a descrição das características gerais da nossa amostra (análise descritiva) e, a segunda, correspondente à verificação da existência de associações entre a satisfação com os cuidados recebidos e algumas variáveis em estudo, através da aplicação de testes estatísticos (análise inferencial).

Tendo conhecimento de que a análise descritiva se centra no estudo de características peculiares e não semelhantes das unidades observadas (por exemplo, de pessoas, cidades, famílias), utiliza-se para descrever os dados através de indicadores estatísticos (PESTANA e GAGEIRO, 2003). Neste sentido, no nosso estudo, utilizámos os seguintes indicadores:

- Os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e relativas.
- Os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:
  - medidas de tendência central : Média ( $\bar{x}$ )
  - medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV%).
  - Medida de assimetria/enviesamento: Skewness
  - Medida de achatamento/curtose: Kurtosis

Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados por PESTANA e GAGEIRO (2003, p. 89):  $CV \leq 5\%$  – dispersão fraca;  $15\% < CV \leq 30\%$  – dispersão moderada e  $CV > 30\%$  – dispersão elevada. Relativamente à classificação da amostra quanto à sua distribuição, os mesmos autores determinam a amostra como simétrica se o valor do teste de Skewness se situar entre -1,96 e 1,96. Considera-se ainda que quando existe um enviesamento à esquerda do intervalo, a distribuição é assimétrica positiva. Se por outro lado, o enviesamento for à direita, classificam a amostra como assimétrica, negativa. Outra classificação da amostra quanto à sua distribuição baseia-se no achatamento/curtose da mesma. Este indicador, mostra a intensidade das frequências em redor do ponto central, para um dado desvio padrão, em comparação com uma distribuição normal. Desta forma, a distribuição de uma amostra designar-se de mesocúrtica se o valor deste quociente se situar no

intervalo: [-1,96 – 1,96]; platicúrtica se o valor for inferior a -1,96, e leptocúrtica se o valor do quociente for superior a 1,96 (PESTANA e GAGEIRO, 2003).

Na análise inferencial dos resultados serão objecto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos paramétricos<sup>(1)</sup> utilizados:

- teste t de Student, não emparelhado para amostras independentes, para avaliar se os sujeitos das nossas amostras, em função de algumas das suas características sócio-demográficas, se diferenciam na variável dependente em estudo;
- análise de variância (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey, para avaliar a existência de diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com as amostras do estudo;
- correlação de Pearson<sup>(2)</sup> para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo, em que a proximidade a ( $\pm$ ) 1 indica uma associação muito forte, ( $\pm$ ) 0.70 indica uma forte correlação, entre ( $\pm$ ) 0.30 a 0.7 indica correlação moderada e de 0 a ( $\pm$ ) 0.30 indica fraca correlação (FORTIN, 2009).

Salientamos ainda que, em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003):  $p \geq 0.05$  - não significativo;  $p < 0.05$  - ligeiramente significativo;  $p < 0.01$  - muito significativo e  $p < 0.001$  - muitíssimo significativo.

### 3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na descrição das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (FORTIN, 2009).

---

<sup>1</sup> Para se poder verificar a igualdade da forma das distribuições, recorreu-se ao teste de igualdade da variância (teste de Levene), e ao estudo da simetria ( $Sk/Std_{\text{erro}}$ ) e da curtose ( $K/Std_{\text{erro}}$ ) (PESTANA e GAGEIRO, 2003).

<sup>2</sup> O coeficiente de correlação de R de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e + 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é associação linear. Segundo Murteira (1993, cit. in Pestana e Gageiro, 2003, p.189) “A correlação indica que os fenómenos não estão indissolvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”.

Por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados em:

- Caracterização sócio-demográfica da amostra;
- Caracterização clínica da amostra;
- Satisfação com os cuidados recebidos;
- Qualidade de vida percebida.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais serão processados em função dos valores expressos na coluna das respectivas tabelas.

- **Caracterização sócio-demográfica da amostra**

Pela análise da Tabela 1, verificamos que a amostra é constituída por 52 indivíduos, 29 do sexo feminino (55.8%) e 23 do sexo masculino (44.2%). Podemos observar que a idade dos inquiridos oscila entre um mínimo de 22 e um máximo de 89 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 61,56 anos, um desvio padrão de 18,74 anos e um coeficiente de variação de 30,44% que nos indica a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo feminino (69,03 anos) é superior à do sexo masculino (52,22 anos). Os elementos do sexo masculino apresentam um coeficiente de variação de 36,05% o que nos indica a existência de uma dispersão elevada. Já o sexo feminino apresente valores de coeficiente de variação de 22,1% indicativos de uma dispersão média. No que se refere às medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades no sexo masculino é simétrica e mesocúrtica. Por outro lado, no sexo feminino a distribuição considera-se assimétrica (com enviesamento á direita) e mesocúrtica. No entanto, tendo por referência a amostra total, verificamos que a distribuição das idades é simétrica e mesocúrtica.

**Tabela 1** – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)
Masculino	23	22	84	52,22	18,83	-0,09	-1,24	36,05
Feminino	29	24	89	69,03	15,26	-2,49	1,29	22,10
Total	52	22	89	61,56	18,74	-1,75	-1,06	30,44

Analisando os resultados em função da distribuição dos elementos da amostra por grupos etários (tabela 2), constata-se que o grupo etário com maior representatividade é o dos 60-79 anos (38,5%), seguindo-se o grupo com idades compreendidas entre os 40 e 59 anos com 25%. O grupo etário menos representativo (17,3%) é o que agrupa os sujeitos com idades entre os 20 e 39 anos.

Particularizando esta análise em função do sexo, verificamos que, para o sexo feminino, o grupo etário 60-79 anos é aquele que compreende mais elementos (41,4%), enquanto o grupo etário 20-39 é o menos representativo (3,4%). No que concerne ao sexo masculino, podemos observar que os grupos etários dos 20-39 e 60-79, são os mais representativos, ambos com 34,8%, e que, os homens que pertencem ao grupo etário dos 80-99 anos, são aqueles que apresentam menor representatividade (8,7%).

**Tabela 2:** Distribuição da amostra por grupos etários e segundo o sexo

Grupos Etários	Sexo	Masculino (n=23)		Feminino (n=29)		Total (n=52)	
		n	%	n	%	n	%
20-39		8	34,8	1	3,4	9	17,3
40-59		5	21,7	8	27,6	13	25,0
60-79		8	34,8	12	41,4	20	38,5
80-99		2	8,7	8	27,6	10	19,2
	<b>Total</b>	23	100	29	100	52	100

Pela análise detalhada dos dados apresentados na tabela 3, podemos observar que a distribuição da amostra pela proveniência é bastante similar entre o meio urbano (46,2%) e rural (53,8%). Relativamente à situação familiar, verificamos que a maior parte dos indivíduos da amostra (48.1%) são casados, sendo que 28,8% são viúvos. De salientar a maior representatividade do género feminino na viuvez e no divórcio.

No que diz respeito à escolaridade podemos afirmar que 26,9% da amostra concluí o 1.º ciclo do ensino básico, no entanto 28,9% não conclui sequer este grau de ensino. Constatamos também que 11,5% da amostra concluíram curso do ensino superior. Uma análise detalhada em função do género, permite constatar que o sexo masculino apresenta um maior grau de escolaridade, verificando-se que 21,7% dos indivíduos do sexo masculino concluíram o ensino superior, face aos 3,4% do género feminino.

Quanto à questão da co-habitação, constatamos que 73,1% dos sujeitos vive com familiares, 9,6% vivem institucionalizados, os restantes 17,3% vivem sozinhos. Ao efectuarmos uma análise por género, verificamos uma distribuição bastante homogénea da

amostra.

Relativamente às actividades profissionais que os indivíduos da amostra exerciam, podemos observar que a maior percentagem situa-se no grupo dos reformados 55,8%, seguidos do grupo dos operadores de máquinas e montagens e dos operários, artífices e trabalhadores similares, ambos com uma representatividade de 7,7%. Particularizando esta análise em função do sexo, verifica-se que os homens activos desempenhavam principalmente actividades operárias (13%).

**Tabela 3:** Distribuição da amostra por proveniência, situação familiar, escolaridade, co-habitação e actividade profissional, segundo o sexo

Variáveis (CI)	Sexo		Total			
	Masculino	Feminino	n	%		
	n	%	n	%	n	%
<b>Proveniência</b>						
Rural	10	43,5	18	62,1	28	53,8
Urbana	13	56,5	11	37,9	24	46,2
<b>Situação Familiar</b>						
Casado	13	56,5	12	41,2	25	48,1
Solteiro	6	26,1	3	10,3	9	17,3
Viúvo	4	17,4	11	37,9	15	28,8
Divorciado	-	-	3	10,3	3	5,8
<b>Escolaridade</b>						
Não sabe ler nem escrever	2	8,7	6	20,7	8	15,4
Sabe ler e escrever	1	4,3	6	20,7	7	13,5
1.º Ciclo ensino básico	7	30,4	7	24,1	14	26,9
2.º Ciclo ensino básico	3	13,0	2	6,9	5	9,6
3.º Ciclo ensino básico	3	13,0	5	17,2	8	15,4
Ensino Secundário	2	8,7	2	6,9	4	7,7
Ensino Superior	5	21,7	1	3,4	6	11,5
<b>Com quem vive habitualmente</b>						
Sozinho	2	8,7	7	24,1	9	17,3
Com Familiares	19	82,6	19	65,5	38	73,1
Institucionalizado	2	8,7	3	10,3	5	9,6
<b>Actividade Profissional</b>						
Desempregado	1	4,3	2	6,9	3	5,8
Reformado	10	43,5	19	65,5	29	55,8
Trabalhador não qualificado	-	0,0	1	3,4	1	1,9
Operador de máquinas e montagens	3	13,0	1	3,4	4	7,7
Operário, artífices e trabalhadores similares	2	8,7	2	6,9	4	7,7
Trabalhador qualificado da agricultura/pesca	1	4,3	-	0,0	1	1,9
Forças Armadas	1	4,3	-	0,0	1	1,9
Quadros Superiores	2	8,7	-	0,0	2	3,8
Técnico e profissional de nível médio	2	8,7	1	3,4	3	5,8
Doméstico, pessoal de serviços e vendedor	-	0,0	2	6,9	2	3,8
Pessoal administrativo e similar	1	4,3	-	0,0	1	1,9
Estudante	-	0,0	1	3,4	1	1,9

Quando questionados relativamente às suas convicções religiosas (cf. tabela 4), 73,1% dos sujeitos da amostra referem professar alguma religião, sendo para todos eles a religião católica. Particularizando a análise em função do sexo, verifica-se que 39,1% dos indivíduos do género masculino não tem qualquer prática religiosa, contra apenas 17,2% das mulheres.

No entanto, ao abordamos a questão acerca do grau de crença, constatamos que a maioria dos indivíduos referem ser muito (6) crentes (23,7%) e 15,8% referem ser muitíssimo (7) crentes, por outro lado, 2,6% dos indivíduos referem ser muito pouco (1) crentes. Quanto ao grau de prática religiosa, verificamos que 47,4% dos sujeitos se enquadram em valores médios (3 e 4), contrariamente 15,8% enquadram-se em valores baixos (1 e 2) e 15,8% enquadram-se em valores muito altos (7). Ao efectuarmos uma análise cuidada no que se refere ao género, verifica-se que apenas as mulheres referem ser muito pouco crentes e muito pouco praticantes.

**Tabela 4** – Distribuição da amostra por religião, grau de crença e prática religiosa, segundo o sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
<b>Pratica alguma religião</b>						
Sim	14	60,9	24	82,8	38	73,1
Não	9	39,1	5	17,2	14	26,9
<b>Qual o grau de crença na sua religião?</b>						
1	-	0,0	1	4,2	1	2,6
2	1	7,1	-	0,0	1	2,6
3	2	14,3	5	29,8	7	18,4
4	5	35,7	3	12,5	8	21,1
5	1	7,1	5	20,8	6	15,8
6	3	21,4	6	25	9	23,7
7	2	14,3	4	16,7	6	15,8
<b>Qual o grau em que considera ser praticante?</b>						
1	-	0,0	3	12,5	3	7,9
2	2	14,3	1	4,2	3	7,9
3	5	35,7	4	16,7	9	23,7
4	5	35,7	4	16,7	9	23,7
5	1	7,1	4	16,7	5	13,2
6	-	0,0	3	12,5	3	7,9
7	1	7,1	5	29,8	6	15,8

- **Caracterização clínica da amostra**

Pela análise detalhada dos dados apresentados na tabela 5, podemos observar que 48,1% da amostra deu entrada no serviço entre os dias 1 e 16 de Setembro de 2011 e apenas 3,8% deu entrada antes do mês de Agosto. Numa abordagem por género, constatamos que 69,6% dos homens forma internados entre os dias 1 e 16 de Setembro, por outro lado, 55,2%

das mulheres foram internadas entre os dias 16 e 31 de Agosto.

Relativamente aos dias de internamento, constata-se que o grupo com maior representatividade é o dos 1-5 dias de internamento (53,8%), seguindo-se do grupo 6-10 dias com 32,7% da amostra. Apenas 9,6% dos indivíduos da amostra estiveram internados mais de 15 dias. Concluimos também que o tempo médio de internamento foi de 8,1 dias. Particularizando esta análise em função do sexo, verificamos que apenas 8,6% dos homens estiveram internados mais de 10 dias, ao contrário das mulheres com uma representatividade de 17,2% no mesmo período.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico de admissão, verificamos a existência de um vasto leque de patologias pelo que tivemos necessidade de agrupá-las. Assim constatamos que o grupo das patologias osteoarticulares representam 30,8% dos casos, as fracturas do fémur 25% e amputação 1,9%. Relativamente à análise por género, verificamos que no sexo masculino as fracturas dos ossos da perna e a patologia osteoarticular são as mais representativas, ambas com 26,1% dos casos. Já no sexo feminino, as patologias mais representativa são a patologia osteoarticular (34,5%) e as fracturas do fémur (31%).

No que concerne aos antecedentes clínicos, houve também necessidade de agrupá-los de forma a simplificar a sua exposição. De referir também que 16 indivíduos (30,8% da amostra) referem não ter quaisquer antecedentes clínicos. Desta forma, a doença cardiovascular afecta 25% indivíduos (na sua grande maioria mulheres), e a patologia osteoarticular afecta 19,4%. O grupo denominado de “outros” representa 33,4% e engloba a associação de várias patologias, tais como: alcoolismo e insuficiência renal crónica, hipertensão e depressão, enfarte agudo do miocárdio e glaucoma, hipotiroidismo e síndrome vertiginoso, etc.

A terapêutica do domicílio foi outra das questões abordadas no questionário, através da análise dos resultados verificou-se que se coaduna ao tipo de antecedentes que cada indivíduo apresentou.

**Tabela 5** – Distribuição da amostra por data de internamento, dias de internamento, diagnóstico religião e antecedentes clínicos, segundo o sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Data de internamento</b>							
15-31 Julho		1	4,3	1	3,4	2	3,8
1 -15 Agosto		1	4,3	3	10,3	4	7,7
16-31 Agosto		5	21,7	16	55,2	21	40,4
1 -16 Setembro		16	69,6	9	31	25	48,1
<b>Dias de internamento</b>							
1-5		13	56,5	15	51,7	28	53,8
6-10		8	34,8	9	31	17	32,7
11-15		-	0,0	2	6,9	2	3,8
16-20		1	4,3	-	0,0	1	1,9
21-25		-	0,0	-	0,0	-	0,0
26-30		-	0,0	1	3,4	1	1,9
>31		1	4,3	2	6,9	3	5,8
<b>Diagnóstico</b>							
Fractura Membro Superior		3	13,0	3	10,3	6	11,5
Fractura Fémur		4	17,4	9	31	13	25,0
Fractura dos Ossos da perna		6	26,1	1	3,4	7	13,5
Fractura Bacia, Coluna, Acetábulo		3	13,0	2	6,9	5	9,6
Patologia Osteoarticular		6	26,1	10	34,5	16	30,8
Falência de Material de Osteossíntese		-	0,0	2	6,9	2	3,8
Amputação		1	4,3	-	0,0	1	1,9
Politraumatizado		-	0,0	2	6,9	2	3,8
<b>Antecedentes clínicos</b>							
Doença Cardiovascular		1	10,0	8	30,8	9	25,0
Doenças Osteoarticulares		4	40,0	3	11,5	7	19,4
Doenças Psiquiátricas		1	10,0	3	11,5	4	11,1
Doença Endócrina e cardiovascular		1	10,0	3	11,5	4	11,1
Outros		3	30,0	9	34,3	12	33,4

Tendo em consideração que a colheita de dados foi efectuada num serviço de ortopedia, onde alterações a nível da mobilidade se verificam na maioria dos utentes, pensámos ser premente avaliar uma área tão importante para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, como é o caso da Reabilitação (cf. tabela 6). Neste sentido, verificamos que apenas 36,5% dos inquiridos considera realizar ou ter realizado programa de reabilitação no respectivo serviço. Na análise por géneros, considera-se que 30,4% dos indivíduos do sexo masculino realizaram programa de reabilitação e 41,4% do sexo feminino também.

Relativamente à questão “quem realizou o programa de reabilitação”, 73,7% dos casos foi enfermeiro de reabilitação e os restantes foi fisioterapeuta. Quanto à satisfação com o programa de reabilitação verificamos que 47,4% dos inquiridos referem ter tido “Boa” melhoria ou alívio de algumas complicações/sintomas. Por outro lado verificamos que apenas 5,3% das avaliações são “Não satisfatória” e 5,3% como “Excelente”, sendo que a pior

avaliação é efectuada por um homem e a melhor por uma mulher.

**Tabela 6** – Distribuição da amostra por realização de reabilitação, quem a realizou e as melhorias de sintomas segundo o sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Realiza/realizou programa Reabilitação</b>						
Sim	7	30,4	12	41,4	19	36,5
Não	16	69,6	17	58,6	33	63,5
<b>Quem realizou o programa?</b>						
Enfermeiro Reabilitação	5	71,4	9	75,0	14	73,7
Fisioterapeuta	2	28,6	3	25,0	5	26,3
<b>Melhoria ou alívio de algumas complicações/sintomas?</b>						
Não satisfatória	1	14,3	-	0,0	1	5,3
Razoável	1	14,3	4	33,3	5	26,3
Boa	4	57,1	5	41,7	9	47,4
Muito Boa	1	14,3	2	16,7	3	15,8
Excelente	-	0,0	1	8,3	1	5,3

- **Satisfação com os cuidados recebidos**

Ao efectuarmos uma análise global sobre os resultados apresentados na tabela 7 referente à Percepção dos utentes face à prestação de cuidados de saúde, verificamos que a dimensão dos cuidados de enfermagem aparece em destaque, uma vez que comparado com as dimensões dos cuidados médicos e a avaliação da organização dos serviços é aquele que apresenta melhor índice de satisfação 68.

Analisando os dados relativos à dimensão dos cuidados médicos, verificamos que na avaliação os itens melhor cotados são as competências técnicas (59,25) e as interpessoais (52,5), contrariamente à informação fornecida (49) e à disponibilidade (49,25) que são os itens pior cotados. Não obstante, verificamos que esta tendência de avaliação se verifica na dimensão dos cuidados de enfermagem no entanto estes apresentam scores mais elevados: competências técnicas (72,25), competências interpessoais (72,75), informação fornecida (60,5) e disponibilidade (66,5).

Quando a avaliação é efectuada sobre a dimensão relativa aos aspectos organizacionais dos serviços, verificamos que o item pior cotado é o da acessibilidade e acessos (38,5), por outro lado, a simpatia de outros profissionais de saúde (técnicos, recepcionista, auxiliares) é o item melhor cotado (53).

Relativamente à questão que avalia a satisfação geral com os cuidados de saúde prestados, podemos dizer que os indivíduos fazem uma avaliação positiva, correspondendo a um score de 65,4.

**Tabela 7 – Percepção dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

	<b>Medias</b>	<b>SCORE</b>
<b>Médicos</b>		
Competências técnicas (1-3)	3,37	59,25
Competências interpessoais (4-6)	3,10	52,5
Informação fornecida (7-9)	2,96	49,0
Disponibilidade (10 e 11)	2,97	49,25
<b>Total</b>	<b>3,08</b>	<b>52,1</b>
<b>Enfermeiros</b>		
Competências técnicas (12-14)	3,89	72,25
Competências interpessoais (15-17)	3,91	72,75
Informação fornecida (18-20)	3,42	60,5
Disponibilidade (21 e 22)	3,66	66,5
<b>Total</b>	<b>3,72</b>	<b>68,0</b>
<b>Organização dos Serviços</b>		
Troca de informação (23)	3,04	51,0
Outro pessoal hospitalar (24-26)	3,12	53,0
Tempo de espera (27 e 28)	3,04	51,0
Acessibilidade/acesso (29 e 30)	2,54	38,5
Conforto/limpeza (31)	3,01	50,25
<b>Total</b>	<b>2,95</b>	<b>48,8</b>
<b>Satisfação geral (32)</b>	<b>3,62</b>	<b>65,4</b>

- Qualidade de vida percebida

Ao observarmos a tabela 8, referente à qualidade de vida percebida pelos utentes, constatamos que 44,2% da amostra considera que tem alguns problemas em andar. Numa análise por género, 39,1% dos indivíduos do sexo masculino referem necessidade de estar na cama, enquanto apenas 24,1% das mulheres referem esta necessidade.

No que se refere aos cuidados pessoais, verifica-se que 38,5% dos sujeitos consideram ter alguns problemas a lavar-se e vestir-se e 26,9% referem não ter nenhum problema em cuidar dele próprio. Nos indivíduos do sexo masculino não se verifica amplitude de respostas, por outro lado, no género feminino as pessoas que têm alguns problemas a lavar-se ou vestir-se, representam 41,4% dos casos.

Relativamente às actividades habituais, constatamos que 40,4% dos sujeitos referem ser incapazes de as desempenhar e apenas 25% referem não ter problemas em desempenhar as suas actividades habituais. Já na avaliação da dor/mal estar, os indivíduos que referiram ter dores ou mal estar extremos correspondem a 5,8% da amostra, por outro lado, aqueles que

referem ter dores ou mal estar moderado correspondem a 61,5%. Numa análise por género, verificamos que se matem estas tendências.

A ansiedade/depressão é outro dos itens avaliados, no qual constatamos que 50% da amostra se encontra moderadamente ansioso ou deprimido e apenas 7,7% refere estar extremamente ansioso ou deprimido. Verificamos também que 56,1% dos homens não estão ansiosos ou deprimidos e enquanto apenas 31% das mulheres referem não estar ansiosas ou deprimidas.

Desta forma e tal como foi referido anteriormente, após análise do instrumento foi necessário calcular o respectivo score médio destas 5 questões, que neste caso foi de 0,354 (sendo que 1 é o valor máximo que se pode atingir e -0.594 corresponde ao valor mínimo).

Relativamente à questão apresentada na escala visual analógica, que consiste numa avaliação do próprio estado de saúde, verificamos que grupo de respostas com maior representatividade é o de 51-75 com 51,9% dos casos, contrariamente ao grupo 1-25 que é aquele que tem menor representatividade com 5,8% dos casos. De referir ainda que esta questão apresentou um média de respostas de 56,56 (onde 0 é o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor).

Quanto á analise por género, constatamos que 21.7% dos indivíduos do sexo consideram o seu estado de saúde entre 76-100, enquanto 3,4% das mulheres partilham desta opinião. No entanto apenas os homens apresentam respostas compreendidas entre 1-25.

**Tabela 8** – Distribuição da amostra por mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal estar, ansiedade/depressão e percepção sobre estado de saúde, segundo o sexo

Variáveis	Sexo		Masculino (N=16)		Feminino (N=47)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%		
<b>Mobilidade</b>								
Não tenho problemas em andar	5	21,7	8	27,6	13	25,0		
Tenho alguns problemas em andar	9	39,1	14	48,3	23	44,2		
Tenho de estar na cama	9	39,1	7	24,1	16	30,8		
<b>Cuidados Pessoais</b>								
Não tenho problemas em cuidar de mim	7	30,4	7	24,1	14	26,9		
Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	8	34,8	12	41,4	20	38,5		
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)	8	34,8	10	34,5	18	34,6		
<b>Actividades Habituais</b>								
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	7	30,4	6	20,7	13	25,0		
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	8	34,8	10	34,5	18	34,6		
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	8	34,8	13	44,8	21	40,4		

<b>Dor/Mal Estar</b>						
Não tenho dores ou mal estar	9	39,1	8	27,6	17	32,7
Tenho dores ou mal estar moderado	13	56,5	19	65,5	32	61,5
Tenho dores ou mal estar extremos	1	4,3	2	6,9	3	5,8
<b>Ansiedade/Depressão</b>						
Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	13	56,5	9	31,0	22	42,3
Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	8	34,8	18	62,1	26	50
Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	2	8,7	2	6,9	4	7,7
<b>Percepção sobre estado de saúde</b>						
1-25	3	13,0	-	0,0	3	5,8
25-50	3	13,0	13	44,8	16	30,8
51-75	12	52,2	15	51,7	27	51,9
76-100	5	21,7	1	3,4	6	11,5

## 2.2 – ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (PESTANA e GAGEIRO, 2003). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e os Scores de Satisfação com os cuidados de saúde recebidos, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objectivos da presente investigação.

- **Sexo versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Em relação à influência da variável género, os resultados dos testes *t* de *Student*, tendo por referência os scores relativos à satisfação com os cuidados de saúde recebidos por parte dos médicos, dos enfermeiros, dos serviços e satisfação global (cf. tabela 9), sugerem que os sujeitos do sexo masculino não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino. Esta constatação, permite concluir que existe uma homogeneidade nos scores/índices médios de satisfação com os cuidados de saúde recebidos em função do sexo dos utentes.

Todavia, uma análise cuidadosa dos dados evidencia que são os homens a apresentar melhor percepção relativamente aos cuidados prestados pelos médicos e pelos enfermeiros. Já

as mulheres evidenciam maiores níveis de satisfação relativamente à organização dos serviços e à globalidade dos cuidados recebidos.

**Tabela 9:** Resultados do *Test t de Student* entre: Satisfação em função do Sexo

Satisfação	Sexo	n	Média	Dp	Levene	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Score Médicos	Masculino	23	53,53	20,71	0,008	0,928	0,441	0,661
	Feminino	29	50,89	21,93				
Score Enfermeiros	Masculino	23	68,07	20,11	0,139	0,711	0,19	0,985
	Feminino	29	67,97	21,37				
Score Serviços	Masculino	23	46,77	15,30	2,904	0,095	-0684,	0,497
	Feminino	29	50,45	21,92				
Score Satisfação Global	Masculino	23	60,86	16,55	2,724	0,105	-1,428	0,159
	Feminino	29	68,96	22,81				

- **Idade versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Para se quantificar a associação entre a “idade” e a variável dependente em estudo (em todas as suas dimensões cuidados médicos, cuidados de enfermagem, organização dos serviços e satisfação global) recorreremos à Correlação de Pearson que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo a satisfação com os cuidados de saúde recebidos como variável dependente (cf. tabela 10), não expressam a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

**Tabela 10:** Resultados da *Correlação de Pearson* entre: Satisfação em função da Idade

<i>Idade</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Score Médicos</i>	-0,142	0,159
<i>Score Enfermeiros</i>	-0,071	0,309
<i>Score Serviços</i>	-0,053	0,354
<i>Score Satisfação Global</i>	-0,079	0,289

- **Grupo Etário versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Para se verificar, empiricamente, a influência do grupo etário sobre a satisfação com os cuidados de saúde recebidos recorreremos à análise de variância pelo procedimento ANOVA, e, sempre que necessário, aplicamos o teste Post-Hoc de Tukey, de forma a localizar e identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo.

Após a análise estatística dos dados expressos na tabela 11, verificamos que em

relação ao efeito do grupo etário na satisfação com os cuidados de saúde recebidos por parte dos médicos, verificamos que as análises de variância assinalam um efeito ligeiramente significativo ( $p < 0.05$ ) entre estas variáveis ( $F=3,844$ ;  $p=0.015$ ). Pela aplicação dos testes Post-Hoc de Tukey verificamos que entre o grupo 60-79 anos e 80-99 anos existe uma diferença ligeiramente significativa, sendo que o grupo 60-79 anos apresenta uma média de 40,88 e o grupo de 80-99 anos uma média de 63,02 com  $Tukey=0.027$ . Desta forma podemos afirmar que o grupo 80-99 anos apresenta maior satisfação com os cuidados de saúde recebidos por parte dos médicos.

No que diz respeito ao efeito da variável grupos etários e a satisfação face à prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros, verificamos também a existência de efeito ligeiramente significativo ( $p=0.015$ ). Após análise do teste Post-Hoc de Tukey, constatamos que a diferença nas entre as variáveis se encontra entre os grupos 60-79 anos e 80-99 anos, sendo que o grupo 80-99 anos ( $M=80,10$ ) apresenta maior satisfação com os cuidados de saúde recebidos por parte dos enfermeiros, do que o grupo 60-79 anos ( $M=57,18$ ),  $Tukey=0.016$ .

Considerando os resultados relativos ao efeito entre os grupos etários e a satisfação com a organização dos serviços ( $p=0.200$ ) e a satisfação global ( $p=0.083$ ) com os cuidados de saúde recebidos, verificamos que não existem efeitos estatisticamente significativas. No entanto, independentemente das relações entre as variáveis, podemos afirmar que o grupo 60-79 anos é o que apresenta pior satisfação em todos os índices e o grupo 80-99 anos é o que apresenta melhor satisfação com os cuidados de saúde recebidos.

**Tabela 11:** Resultados do teste *Post-Hoc de Tukey* entre: Satisfação em função do Grupo Etário

Satisfação	Sexo	N	Média	Dp	F	p	Post Hoc test
Score Médicos	20-39 (a)	9	60,53	22,59	3,844	0,015	c<d (p=0,027)
	40-59 (b)	13	54,96	16,44			
	60-79 (c)	20	40,88	16,50			
	80-99 (d)	10	63,02	25,89			
Score Enfermeiros	20-39 (a)	9	73,26	23,75	3,876	0,015	c<d (p=0,016)
	40-59 (b)	13	71,71	18,52			
	60-79 (c)	20	57,18	17,38			
	80-99 (d)	10	80,10	18,50			
Score Serviços	20-39 (a)	9	51,29	17,15	1,608	0,200	-
	40-59 (b)	13	53,26	17,88			
	60-79 (c)	20	41,70	13,46			
	80-99 (d)	10	55,08	28,74			
Score Satisfação Global	20-39 (a)	9	69,44	24,29	2,360	0,083	-
	40-59 (b)	13	71,15	17,21			
	60-79 (c)	20	56,25	17,90			
	80-99 (d)	10	72,50	21,88			

- **Proveniência versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Também aqui recorreremos ao teste *t de Student*, não emparelhado para amostras independentes, para analisarmos o comportamento destas variáveis. Pelos resultados apresentados na tabela 12, constatamos que, em nenhum dos item de avaliação, existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Contudo, à que salientar que apesar das diferenças não serem significativas, a tendência dos resultados vai no sentido de serem os indivíduos do meio rural a apresentarem pior satisfação face à prestação de cuidados de saúde em todas as dimensões da escala e também na questão referente à satisfação global.

**Tabela 12:** Resultados do *Test t de Student* entre: Satisfação em função da Proveniência

Satisfação	Proveniência	N	Média	Dp	Levene	p	t	p
Score Médicos	Rural	28	46,94	23,20	2,57	0,115	-1,925	0,060
	Urbano	24	58,03	17,29				
Score Enfermeiros	Rural	28	65,96	20,88	0,00	0,997	-0,771	0,444
	Urbano	24	70,39	20,49				
Score Serviços	Rural	28	48,13	20,52	0,007	0,932	-0,284	0,778
	Urbano	24	49,65	17,92				
Score Satisfação Global	Rural	28	65,17	21,88	0,691	0,410	-0,78	0,939
	Urbano	24	65,62	19,24				

- **Reabilitação versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Considerando agora o efeito da variável realização de programa de reabilitação, os resultados dos testes *t de student* permitem-nos verificar que este não adquire significância estatística ( $p < 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da satisfação (cf. tabela 13). Porém, uma análise mais detalhada dos dados permite-nos salientar que as diferenças encontradas, apesar de não serem estatisticamente significativas, vão no sentido de, as pessoas que realizam programa de reabilitação estarem mais insatisfeitas com os cuidados de saúde recebidos a nível de todos as dimensões de avaliação.

**Tabela 13:** Resultados do *Test t de Student* entre: Satisfação em função da Realização de Reabilitação

Satisfação	Reabilitação	n	Média	Dp	Levene	p	t	p
Score Médicos	Sim	19	50,33	22,81	0,004	0,947	-0,443	0,695
	Não	33	53,06	20,57				
Score Enfermeiros	Sim	19	66,56	21,88	0,031	0,861	-0,382	0,704
	Não	33	68,84	20,15				
Score Serviços	Sim	19	48,16	23,86	1,860	0,179	-1,90	0,850
	Não	33	49,22	16,33				
Score Satisfação Global	Sim	19	63,16	21,03	0,053	0,819	-0,590	0,558
	Não	33	66,67	20,41				

- **Dias de Internamento versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Os dados presentes na tabela 14, permite-nos conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre estas variáveis e estudo. Desta forma, constatamos que a associação existente entre os dias de internamento e a avaliação da equipa médica é muito significativa ( $p=0.002$ ), no entanto a correlação dos índices das variáveis é moderada e negativa ( $r=-0.4$ ) o que nos leva a afirmar que quanto maior for o tempo de internamento, menor é a satisfação com os cuidados médicos.

Centrando-nos na análise dos resultados das correlações, tendo por referência a avaliação dos enfermeiros, constatamos que os mesmos não expressam a existência de qualquer associação significativa com os dias de internamento. No entanto verificamos a existência de uma relação ligeiramente significativa ( $p=0,040$ ) entre a avaliação dos serviços e do dias de internamento. Quanto à força verificamos que a associação é fraca ( $r=-0,246$ ) e o

facto de  $r$  ser negativo indica-nos que quanto maior for o internamento, menor é a satisfação com a organização dos serviços.

Relativamente à correlação dias de internamento e satisfação global, verificamos a existência de uma associação muito significativa ( $p=0.004$ ), no entanto a intensidade da associação é moderada ( $r=-0,361$ ), o que nos leva a afirmar que quanto maior for o internamento, menor é a satisfação global com os cuidados de saúde recebidos.

**Tabela 14:** Resultados da *Correlação de Pearson* entre a dias de internamento e a satisfação

<i>Dias Internamento</i>	<b>r</b>	<b>p</b>
<i>Score Médicos</i>	<b>-0,4</b>	<b>0,002</b>
<i>Score Enfermeiros</i>	-0,197	0,081
<i>Score Serviços</i>	<b>-0,246</b>	<b>0,040</b>
<i>Score Satisfação Global</i>	<b>-0361</b>	<b>0,004</b>

- **Percepção do estado de saúde versus Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Com o intuito de verificar a existência de alguma influência da percepção do estado de saúde sobre a satisfação com os cuidados de saúde recebidos recorreremos novamente à análise de variância pelo procedimento ANOVA. A análise dos dados permite-nos afirmar que não há efeitos estatisticamente significativas entre as variáveis. Porém, quando se efectua a avaliação sobre os cuidados médicos, organização dos serviços e satisfação global, constatamos que são os indivíduos que consideram ter um melhor estado de saúde (76-100) que têm melhor percepção sobre estas dimensões.

Já no grupo profissional dos enfermeiros, verificamos que os indivíduos com pior avaliação de estado de saúde são os que melhor avaliam os enfermeiros, contudo o grupo que pior avaliação tem sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros são os que consideram o seu estado de saúde entre 51-75.

**Tabela 15:** Resultados do teste *Post-Hoc de Tukey* entre: Satisfação em função da Percepção do Estado de Saúde

Satisfação	Percepção estado de saúde	N	Média	Dp	F	p	Post Hoc test
<i>Score Médicos</i>	1-25	3	46,87	29,33	1,143	0,341	-
	26-50	16	45,37	24,61			
	51-75	27	54,39	18,91			
	76-100	6	61,97	16,41			
<i>Score Enfermeiros</i>	1-25	3	75,00	28,02	0,723	0,543	-
	26-50	16	61,84	24,62			
	51-75	27	70,25	17,17			
	76-100	6	70,83	21,97			
<i>Score Serviços</i>	1-25	3	32,22	21,18	1,261	0,298	-
	26-50	16	45,62	24,08			
	51-75	27	51,20	15,36			
	76-100	6	55,00	18,28			
<i>Score Satisfação Global</i>	1-25	3	50,00	0,00	0,909	0,444	-
	26-50	16	62,50	27,38			
	51-75	27	67,59	16,72			
	76-100	6	70,83	18,81			

#### **4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No capítulo anterior analisámos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado.

Neste sentido, Fortin (2003) refere que a interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspectos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões e implicações que deles sucedem; sendo assim, esta é uma etapa delicada e exigente, que obriga o investigador a ter um pensamento crítico. Reflectiremos, nesta fase, sobre as características da amostra (socio-demográficas, clínicas, satisfação face à prestação de cuidados de saúde e qualidade de vida), e seguidamente sobre as correlações entre variáveis com valores estatisticamente significativos, que resultaram da aplicação dos testes estatísticos (análise inferencial). Procederemos também a uma análise comparativa dos resultados deste trabalho, com resultados obtidos por outros investigadores em pesquisas já desenvolvidas neste âmbito.

- **Características Socio-demográficas**

A nossa amostra é constituída por 52 indivíduos: 29 sexo feminino 23 sexo masculino, com uma média de idades de 61,56 anos, oscilando entre um mínimo de 22 e um máximo de 89 anos. O grupo etário com maior representatividade é o dos 60-79 anos. No intuito de contextualizar a nível nacional a representatividade da nossa amostra, constatamos que, segundo os Censos de 2011, a população residente em Portugal corresponde a 10.555.853 pessoas, sendo 47,86% do sexo masculino, e 52,14% do sexo feminino. A relação de mulheres para homens é de 107 para 100 respectivamente. A proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na população total aumentou representando, em 2008, 15,2 % dos homens e 19,9 % das mulheres (INE, 2006). Os resultados preliminares dos Censos 2011 confirmam também esta tendência. Com base nestas informações podemos concluir que a nossa amostra, apesar de ser constituída por reduzido número de elementos, parece ser representativa da população portuguesa em geral.

Relativamente à proveniência dos elementos da amostra, os resultados são bastante similares para o meio urbano (46,2%) e rural (53,8%). Importa referenciar alguns dados nacionais, que caracterizam a população portuguesa face à sua zona e local de residência. No que se refere ao local de residência, em 2001, 65,5% da população vivia em áreas urbanas

(OMS, 2003 cit. In PORTUGAL, [s. d.]). Segundo dados da ONU, em 2015, 69,2% da população portuguesa viverá nas duas principais áreas metropolitanas. Neste sentido, apesar da dinâmica de crescimento da população na última década ser positiva (2%), verificamos que se acentuou a tendência para a desertificação das zonas rurais.

No que diz respeito à situação familiar, verificamos que 48.1% dos indivíduos são casados, 28,8% viúvos e 5,8% divorciados. Dados de 2003, referentes ao estado civil registam que a maioria dos indivíduos são casados e com baixo nível de escolaridade escolaridade. A percentagem de indivíduos da amostra com conclusão do ensino superior é maioritária para os homens. Os resultados obtidos neste âmbito, estão de acordo com os dados fornecidos pelos CENSOS (2002), e Pereira (2011), que refere que a população portuguesa tem apenas 8 anos de escolaridade média, sendo o valor mais baixo da União europeia. No que concerne á conclusão de cursos superiores, os resultados que obtivemos não vão ao encontro do que defende Rosa (2008) a “feminização” do ensino superior. Estes resultados podem dever-se ao facto dos indivíduos do sexo masculino terem uma média de idades inferior e residirem maioritariamente no meio urbano, contrariamente às mulheres.

Quanto à questão da co-habitação, constatamos que 73,1% dos sujeitos vive com familiares e que apenas 9,6% vivem institucionalizados, os restantes 17,3% vivem sozinhos. Ao efectuarmos uma análise por género, verificamos uma distribuição bastante homogénea da amostra. Estes resultados estão de acordo com o informações preliminares dos Censos (2011), no que se refere à composição das famílias clássicas segundo o número de pessoas.

Relativamente às actividades profissionais observámos que 55,8% dos indivíduos da amostra eram reformados, 7,7% inseriam-se no grupo dos operadores de máquinas e montagens, e 7.7% no grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares, já a taxa de desempregados foi de 5,8%. Confrontando estes dados com a realidade nacional, em 2011 a população activa em Portugal situa-se nos 5.587.300 indivíduos (INE, 2011), no fim de 2010 existiam 2.346.073 reformados (ROSA, 2011) e a taxa de desemprego em Agosto de 2011 foi de 12% (INE, 2011). No entanto, do nosso ponto de vista, os dados obtidos estão em grande parte relacionados com a idade dos indivíduos da amostra, pois 57,7% têm idade superior a 60 anos o que , pode justificar a percentagem de reformados.

Em termos de convicções religiosas, a maioria dos sujeitos da amostra eram católicos, muito crentes, e com valores médios (3 e 4) de prática religiosa. Neste sentido, a Agência Ecclesia diz que em 2001, cerca de 90% da população portuguesa se identificavam como

católicos. Já os Censos (2011) demonstram que a população católica em Portugal corresponde a 94%. No que se refere ao grau de prática religiosa, um estudo da igreja católica concluiu que 19% da população portuguesa é praticante. Podemos referir que o número elevado de católicos praticantes poderá relacionar-se com o facto de a nossa amostra ser maioritariamente do sexo feminino e do meio rural, onde ainda está bastante enraizada a prática religiosa. Outro factor que também pensamos que possa ter contribuído para estes resultados, é o facto da instituição de saúde ter um canal televisivo para a transmissão diária de uma missa, assim como a visita frequente do sacerdote do hospital, o que sem dúvida facilita a continuidade da prática religiosa ao longo do internamento.

- **Características Clínicas**

No nosso estudo, o tempo médio de internamento foi de 8,1 dias. Constatou-se que a maioria dos doentes permaneceu internada de 1 a 5 , e pequena parcela da amostra esteve internada mais de 15 dias. Dados este que vêm de encontro aos apresentados pelo Alto Comissariado da Saúde (2011), onde a demora média (dias) em internamento hospitalar em Portugal, no ano de 2009, foi 8,2 dias. Na nossa perspectiva, este tempo médio de internamento poderá compreender-se, na medida em que actualmente as determinadas cirurgias (associadas a menores tempos de internamento), nomeadamente para libertações de mediano, ostotomias de chevron, e artroscopias, são actualmente realizadas em ambulatório.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico de admissão, constatámos que a grande maioria dos diagnósticos de admissão eram do foro traumatológico, facto este que pensamos estar relacionado com o período de colheita de dados (23 de Agosto a 20 de Setembro), que corresponde ainda a um período de férias da equipa médica, o que reduz o número de internamentos para cirurgia programada (patologia osteoarticular).

No que concerne aos antecedentes clínicos devemos referir que uma parcela significativa da amostra, não tem quaisquer antecedentes. Ao antecedentes mais comuns incluía doenças cardiovasculares, patologias osteoarticulares e doenças psiquiátricas. No entanto, ao longo da aplicação do instrumento de colheita de dados e tratamento dos resultados, verificámos que a patologia psiquiátrica também se encontrava “diluída” no grupo denominado categorizado por “outros”. Neste campo, Almeida (2010) diz-nos que **Portugal** é o país da **Europa** com a maior prevalência de **doenças mentais** na população, sendo que no ano 2009, um em cada cinco **portugueses** sofreu de uma doença psiquiátrica, e quase metade

já teve uma destas perturbações durante a vida. O Ministério da Saúde (2011) faz também referência à prevalência da patologia cardiovascular, responsabilizando-a por muitas mortes em Portugal. No que se refere à patologia osteoarticular, Cunha (2009) refere que no Brasil a artrose representa cerca de 30 a 40% das consultas em ambulatório. Silva [et al] 2008 complementa estas informações referindo que a osteoartrite surge mais frequentemente em pessoas com mais de 50 anos de idade.

Quanto á abordagem dos doentes para identificação da prática da reabilitação, considerámos que apenas a percentagem dos inquiridos que referiu realizar ou ter realizado programa de reabilitação no serviço poderia ser mais significativa, sabendo da presença diária de profissionais qualificados. Este aspecto poderá justificar-se pelo facto do enfermeiro de reabilitação não assumir um papel activo e diferenciado no seio das equipa. Desta forma a prática por exemplo um treino de marcha diário, não foi considerada pelos utentes como parte integrante do programa de reabilitação. Quanto ao efeito destes programas de reabilitação realizados, grande parte dos indivíduos que os praticou, consideram contribuir favoravelmente para alívio de complicações. Este facto coaduna-se com a bibliografia consultada. Rudkin (2005) defende que a reabilitação melhora a condição física e permite ao doente atingir níveis de actividade superiores. No caso específico da reabilitação respiratória, importante no pré e pós operatório, reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao exercício físico e melhora a qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, também se tem demonstrado o seu contributo para a redução dos custos com os cuidados de saúde destes doentes (AACPR, 2006).

- **Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

A satisfação é um conceito multidimensional, no qual devem ser incluídos diversos factores. Santana (1995) cit. in Carmo (2007) define satisfação como uma reacção emocional e uma avaliação cognitiva realizada com as estruturas (características do prestador de cuidados, os seus recursos e as condições físicas e organizacionais), ao processo e aos resultados dos cuidados prestados pelo serviço de saúde, nos domínios técnicos, relacional e de conforto.

Quando efectuamos uma análise comparativa aos resultados relativos ao grupo profissional dos médicos e ao grupo profissional de enfermagem verificamos que os itens melhor cotados são as competências técnicas e interpessoais, contrariamente à informação

fornecida e à disponibilidade que são os itens pior cotados. Com base na revisão bibliográfica efectuada, constatámos que esta tendência se verificou também nos estudos de Rodrigues (2007) e Gonçalves (2010), ambos com o objectivo de avaliar a qualidade de vida dos utentes e a satisfação com os cuidados de saúde recebidos. Donabedian (1990), Urdan (2001) e Gemmel et al. (2002) frisam que os utentes têm poucos conhecimentos sobre os aspectos de qualidade técnica, mas, por outro lado, não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal dos cuidados.

No que diz respeito à avaliação da dimensão dos cuidados médicos, verificamos que o item da disponibilidade é aquele que apresenta um pior score. Pensamos que possa estar relacionado com a frequência das visitas médicas (uma vez por semana) ou com o pouco tempo que este grupo profissional disponibiliza para o doente. Neste sentido, Grunfeld [et al] (1999), referem que se os utentes tivessem a oportunidade de escolher outro local de tratamento com condições semelhantes, teriam tendência a optar por aquele em que sentissem que os profissionais tinham mais tempo para lhes disponibilizar. Morrison (2001) acrescenta que muitos doentes referem a falta de contacto com pessoal mais experiente e qualificado, tendo estes aspectos grande importância no seu dia a dia.

Ao analisarmos os resultados relativos à dimensão dos cuidados de enfermagem, verificamos que os doentes têm uma boa opinião, nomeadamente no que concerne ao tempo que os enfermeiros lhes disponibilizam. Este facto vem contrariar os dados obtidos através do sistema de classificação de doentes em enfermagem, em que frequentemente se verifica um deficit no número de enfermeiros para fazer face às necessidades dos doentes, em termos de cuidados de enfermagem. No nossa perspectiva, estes dados são indicativos do empenho deste grupo profissional para fazer face às necessidades dos utentes. Já Morrison (2001) num estudo relativo à satisfação dos utentes refere que vários consideraram que os enfermeiros estavam tão ocupados que não tinham tempo algum para conversar.

No que concerne á informação fornecida pelos profissionais de saúde, uma percentagem muito significativa considera-a insuficiente. Resultados semelhantes encontrou Haynal [et al] (1998), que acrescenta que os médicos e enfermeiros têm ainda tendência para subestimar os pedidos de informações dos utentes. E, se há utentes que preferem não ter conhecimentos acerca da sua situação de saúde, outros há que, de acordo com o estudo desenvolvido pelo Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a maioria dos utentes inquiridos diz preferir saber tudo sobre aquilo de que padece. Também os médicos inquiridos consideram que a qualidade de vida de um utente

com informação sobre o seu diagnóstico e prognóstico é melhor do que a qualidade de vida daquele que ignora estas informações. Outros estudos apontam no sentido de que quanto melhor for a informação prestada maior é a satisfação dos utentes (SIGURTHARDOTTIR, 1996; MEEHAN, 1999; OERMANN & TEMPLIN, 2000; NETO et al., 2003; MELO, 2005; GOMES, 2008, MARTINS, 2010).

Quando reflectimos sobre os resultados obtidos na dimensão: organização dos serviços verificámos que esta é a dimensão que apresentava o pior score. Sendo que o item com maior insatisfação para os utentes era a acessibilidade/acessos. Pensamos que esta situação possa ocorrer devido ao facto do Hospital Sousa Martins da ULSG se encontrar em fase de reconstrução, onde os espaços físicos se encontram ciclicamente em alteração, resultando sobretudo em restrição marcada das áreas de estacionamento. McIntyre [et al] (2002), Freitas [et al] (2008), Colaço e Santo (2008) defendem que a organização dos serviços deve ser uma área de intervenção a privilegiar, sendo apresentado muitas vezes como o indicador com pior índice de satisfação. De facto um estudo recente “Survey of Health Care Consumers in Portugal 2011”, as principais áreas de oportunidade de melhoria apontadas foram os tempos de espera e o acesso aos cuidados de saúde.

Tendo em conta a análise global sobre as três dimensões de avaliação da satisfação, verificámos que o grupo profissional dos enfermeiros aparece em destaque, uma vez que comparado com o grupo profissional dos médicos, e a organização dos serviços, é aquele que apresenta melhor índice de satisfação. Estes resultados podem dever-se ao facto dos enfermeiros constituírem o grupo profissional com maior representatividade em ambiente hospitalar, e o que mais tempo passa com o utente (GOTIEB, 2002; JOHANSSON, OLÉNI, FRIDLUND, 2002; SCHMIDT, 2003; SHATTELL, 2004; DAVIS, 2005; PEDRO, FERREIRA E MENDES 2010). Dados do INE (2011) referem ainda que em 2010 o número de enfermeiros por 1000 habitantes era de 5,9, enquanto os médicos são apenas 3,9 por cada 1000 habitantes.

Os resultados do estudo para validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa, levado a cabo por Martins (2009b), revelam que os inquiridos se encontram especialmente satisfeitos na dimensão relativa aos cuidados prestados pelos enfermeiros, deixando no entanto entender que ainda há um longo percurso a fazer ao nível da organização dos serviços, para melhorar a satisfação dos utentes. Já no estudo de Avery [et al] (2006), realizado em Inglaterra numa amostra de 139 doentes, a dimensão relativa à

organização foi a pior pontuada, mas no entanto os cuidados prestados pelos médicos surgem melhor classificados, relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Esta divergência poderá relacionar-se com a exigente realidade do ensino da enfermagem em Portugal, que culmina com a formação de enfermeiros muito valorizados pela suas qualificações. Em termos de satisfação global, verificámos que os indivíduos fazem uma avaliação muito positiva dos cuidados (score 65,4). Este valor enquadra-se numa avaliação semelhante efectuada por Martins (2009b) que no seu estudo obteve um score de 61. Está também de acordo aqueles encontrados por Hespanhol (2005), num estudo sobre a “Imagem dos Serviços Públicos em Portugal”, que concluiu que 66,6% dos inquiridos se manifestaram satisfeitos, ou muito satisfeitos, com o Serviço Nacional de Saúde. Também num estudo realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde - “sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação do utente nos Hospitais EPE e SPA, 2008” se verificou um índice de satisfação para o Hospital da Guarda de 75,8% e para o hospital de Seia de 86,3%. Por sua vez Keckley [et al] (2011), no seu estudo “Survey of Health Care Consumers in Portugal 2011” demonstrou que mais de 80% dos portugueses deram nota média ou fraca ao sistema de saúde. Podemos ainda referir que, em termos de estudos de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde, a tendência internacional é também para a obtenção de resultados elevados de satisfação. No entanto, quando comparada com a opinião de outros cidadãos europeus, a opinião dos portugueses é na sua globalidade menos positiva (Santos et al, 2007).

- **Qualidade de vida percebida**

Na avaliação efectuada sobre a dimensão da mobilidade, constatámos que uma parcela significativa da amostra considera que tem alguns problemas em andar, ficando mesmo em permanência no leito. Estes resultados podem compreender-se com facilidade se relacionados com os diagnóstico clínicos de admissão, grande parte de foro traumatológico, exigindo maiores períodos de repouso e alterações sistémicas importantes. Neste sentido, as fracturas do fémur, tanto pela sua frequência como pela sua gravidade, são críticas para os idosos, visto que levam ao aumento da dependência e da mortalidade de aproximadamente 50%, em um ano (Mesquita [et al], 2009). A necessidade de ajuda para as actividades diárias influencia também significativamente a satisfação, manifestando-se geralmente mais insatisfeitos os utentes que mais necessitaram de ajuda (PEDRO, FERREIRA E MENDES, 2010). Gomes

(2008) considera que para os cuidados a nível das necessidades humanas básicas, quanto melhor a formação dos enfermeiros, maior satisfação do utente. Estas referências vão ao encontro dos resultados encontrados neste nosso estudo.

No âmbito da dimensão dos cuidados pessoais, verificou-se que a maioria dos indivíduos com dificuldade em lavar-se e vestir-se eram do sexo feminino. Esta situação surge provavelmente devido à média de idades superior à dos homens e deterioração da função associada à idade. Relativamente às actividades habituais, constatamos que uma percentagem significativa referiu incapacidade para as desempenhar. Estes dados vão de encontro aos resultados apresentados anteriormente, pois se muitos indivíduos têm problemas em termos de mobilidade e cuidados pessoais, terão também repercussões nas actividades habituais.

Já na avaliação da dor/mal estar, Pedro, Ferreira e Mendes (2010) referem que as dores sentidas durante o internamento influenciam muito significativamente a satisfação, sendo os utentes que sentiram mais dores os mais insatisfeitos. No nosso estudo apesar de grande parte dos sujeitos da amostra terem referido dor, não se verificou qualquer associação entre a dor e o género. O mesmo concluiu Almeida [et al.] (2008) num estudo levado a efeito no Brasil. Contudo, a restante bibliografia consultada vem contrariar os resultados obtidos, um vez que demonstra a existência de uma relação entre a dor e género, sendo que a maioria dos estudos revela que as mulheres sentem, ou pelo menos relatam mais dor que os homens. Riley [et al.] (1998) e Chesterton [et al.] (2003) cit. por Bernardes [et al.] (2008) afirmam que este aspecto poderá estar relacionado com o facto das mulheres possuírem limiar de dor inferior. Outros autores apresentam diferentes justificações explicativas da discrepância na percepção e reacção à dor, entre homens e mulheres, concretamente pelo facto de existir um maior número de receptores nervosos nas mulheres (WILHELMI, 2004) e ainda por questões culturais e sociais, que permitem à mulher a expressão ou manifestação de dor e encorajam os homens a desvalorizá-la, considerando-se a atitude um padrão de virilidade (KRELING [et al.], 2006).

A ansiedade/depressão é outro dos itens avaliados. Constatámos que cerca de metade da amostra refere sentir ansiedade ou depressão (sobretudo mulheres). Obviamente que o facto do individuo estar perante uma situação de internamento não programado ou num estado pré ou pós cirúrgico, leva ao desenvolvimento de alguma ansiedade. O processo de hospitalização acarreta a quebra do vínculo familiar, levando o utente e familiares a vivenciarem profundas mudanças. Durante essa fase, é comum ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem precipitar crises depressivas (GRAZZIANO,

2004). No entanto, devemos considerar também que nos antecedentes da nossa amostra, as doenças do foro psiquiátrico representavam 11,1% dos casos. Num estudo realizado por Rosa (1999) verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação face aos cuidados de saúde e depressão, no sentido de quanto melhor a satisfação, menor a depressão.

Relativamente à questão, apresentada na escala visual analógica, que avaliava o estado de saúde, verificámos uma média de respostas 56,56, sendo que grupo com mais representatividade (51,9%) foi de 51-75, o grupo com pior representatividade (5,8%) foi o 1-25. Noutros estudos, obtiveram-se respostas médias superiores, como é o caso do realizado por Fernandes 2010 (Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase) com uma média de 64,8. Também Ferreira, Ferreira e Baleiro (2008) no seu estudo sobre a qualidade de vida na pessoa com artrite reumatóide, obtiveram resultados superiores (média de 58).

- **Sexo versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

A análise dos dados demonstrou que em todos os casos a relação existente não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Estes resultados são coincidentes com os verificados nos estudos de Martins (2009b) e Ribeiro (2003), nos quais o género efectivamente não se relacionou com a satisfação face à prestação de cuidados de saúde. Todavia, constatou-se que os homens apresentaram melhor percepção relativamente aos cuidados prestados pelos médicos e pelos enfermeiros, enquanto que as mulheres evidenciaram maiores níveis de satisfação relativamente à organização dos serviços e à globalidade dos cuidados recebidos. McGiven (1999) e Gomes (2008) corroboram estes dados, afirmando que nos seus estudos as mulheres são as mais insatisfeitas com os cuidados de enfermagem. Pedro, Ferreira e Mendes (2010) concluíram também que o género apresentava uma influência significativa na satisfação dos utentes, sendo as mulheres as mais insatisfeitas. No entanto, Silva (2010) ao estudar a qualidade dos serviços de reabilitação, verificou que o sexo feminino, de uma forma geral, apresentava um grau de satisfação ligeiramente superior ao sexo masculino. Estes dados são concordantes com o estudo de Bjørngaard e colaboradores (2007), em que os utentes do sexo feminino demonstraram níveis de satisfação mais elevados.

- **Grupo etário versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstraram que o grupo etário dos 60-79 anos é o que apresenta pior satisfação em todos os índices de avaliação e que o grupo 80-99 anos é o que apresenta melhor satisfação. Sendo que estes dados tem valor estatisticamente significativo apenas para as dimensões de avaliação dos médicos e dos enfermeiros. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Gonçalves (2010), talvez porque os mais velhos têm expectativas mais elevadas em relação aos cuidados, e estão também mais conscientes do seu papel de enquanto consumidores dos mesmos, assumindo geralmente um papel mais activo em relação a esses mesmos cuidados e sendo também os mais exigentes (Gasquet, 1999; McIntyre & Silva, 1999; Ferreira et al., 2003; Ferreira, Raposo & Godinho., 2005). Também Ehnforts, Söderström (1995), Bengtsson et al. (1998), Ribeiro (2003), Green & Davis(2005), Alves (2007) e Silva (2010) obtiveram conclusões semelhantes nos seus estudos.

- **Proveniência versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis, tal como no estudo de Martins (2009b). No entanto, numa observação numa mais cuidada, verificou-se que os indivíduos do meio rural apresentaram pior satisfação com os cuidados de saúde recebidos. Acreditamos que este resultado poderá relacionar-se com facto dos indivíduos do meio rural (interior), viverem socialmente isolados e desprovidos da maioria dos serviços, nomeadamente serviços de saúde. Este é um facto relevante, que pode originar uma conotação negativa dos cuidados de saúde.

- **Reabilitação versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Pedro, Ferreira e Mendes (2010) consideram que as actividades que contribuem para a melhoria do utente ao longo do internamento, influenciam de forma muito significativa a sua satisfação global. Contudo, no nosso estudo apesar dos indivíduos que realizaram programa de reabilitação (e considerarem a reabilitação uma estratégia eficaz na melhoria ou alívio de algumas complicações/sintomas), terem apresentado piores índices de satisfação, em todas as dimensões da escala, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as variáveis. Os resultados obtidos neste âmbito, divergem das conclusões das investigações de Gomes (2008) e Santos (2009), que evidenciam relação entre as variáveis - uma percepção mais favorável associada aos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas de

reabilitação. Desta forma, evidencia-se a necessidade de re-estruturar os cuidados de reabilitação nas unidades de ortopedia, no sentido de se dar uma resposta às verdadeiras necessidades e expectativas dos utentes. A elaboração de protocolos de actuação e a proximidade com o utente seriam duas medidas importantes a adoptar. Considerando o facto de 73,1% dos indivíduos da amostra viver com familiares, seria também importante promover ensinios programados, no sentido do utente se sentir re-integrado no seu regresso a casa. Ainda neste âmbito, Gomes (2008), no seu estudo sobre o contributo da reabilitação para a satisfação do utente refere os indivíduos mais velhos são os menos satisfeitos com os cuidados, o que não se verificou no presente estudo.

- **Dias de internamento versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Relativamente à relação entre o número de dias de internamento e a satisfação com os cuidados, contrariamente ao constatado no estudo de Martins (2009b), verificou-se, em todos os casos, que a relação existente não era estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Mesmo assim, identificou-se uma tendência, que nos leva a afirmar que quanto maior for o tempo de internamento, menor é a satisfação com os cuidados médicos, organização dos serviços e satisfação global com os cuidados de saúde recebidos. Esta tendência poderá dever-se ao facto dos doentes associarem o prolongamento do tempo de internamento, à possibilidade de existência de alguma complicação (resultante de um erro). Além disto, um processo de internamento, está conotado com um certo isolamento social e restrição das actividades habituais, restrição de um espaço físico privado, que pode levar a um humor mais depressivo e consecutivamente a uma pior avaliação dos cuidados. Mas Pedro, Ferreira e Mendes (2010), contrariam os dados obtidos no nosso estudo, constatando que a opinião sobre o tempo de internamento tem uma influência muito significativa na satisfação, sendo os utentes que consideram o seu período de internamento como “o necessário” os mais satisfeitos.

- **Percepção do estado de saúde versus satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde**

Pedro, Ferreira e Mendes 2010, consideram que a percepção que os utentes têm do seu estado de saúde influencia de forma muito significativa a sua satisfação global, sendo os utentes que o classificam como excelente, os mais satisfeitos, e os que o classificam como fraco os mais insatisfeitos.

No cruzamento de variáveis efectuado neste trabalho não se verificou a existência de relações estatisticamente significativas. Contudo, verificou-se que os indivíduos que consideram ter um pior estado de saúde (1-25), são os que têm melhor percepção sobre os cuidados de enfermagem. Por outro lado, aqueles que consideram ter melhor estado de saúde (75-100) são os que têm melhor percepção sobre os cuidados médicos, organização dos serviços e satisfação global. Após a análise dos dados, concluímos que os mesmos vêm reforçar a ideia positiva que os inquiridos têm sobre a equipa de enfermagem, denotando-se um claro empenho da equipa por satisfazer as necessidades de todos os utentes internados, desempenhando as suas funções com qualidade.

## 5 – CONCLUSÃO

Ao terminar esta investigação, cabe agora retirar as principais ilações da mesma, de forma a propor medidas que possam melhorar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde recebidos. Este capítulo íntegra conclusões gerais e limitações desta investigação, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

### CONCLUSÕES GERAIS

Relançar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final da mesma, é o desafio que neste momento se nos coloca. Desta forma, apresentamos de seguida, as conclusões gerais deste trabalho, tendo em conta os objectivos orientadores do mesmo.

- Numa análise às dimensões dos cuidados de saúde: cuidados médicos, cuidados de enfermagem e organização dos serviços, o grupo profissional dos enfermeiros é o que é alvo de melhor percepção (score de 68), talvez por ser o grupo profissional que mais tempo passa junto do utente, e por se tratar de um dos grupos profissionais que mais tem evoluído em termos de busca de conhecimentos e qualificação para o trabalho.
- A organização dos serviços apresenta o pior score (48.8). Este resultado pode de alguma forma estar relacionado com o facto da ULSG se encontrar numa fase de reestruturação dos seus espaços físicos, criando por vezes dificuldades acrescidas aos utentes. Surpreendentemente, e apesar desta remodelação englobar também os espaços exteriores, aspectos como a acessibilidade e a localização dos serviços obtiveram um score de 38,5.
- Numa análise entre as classes profissionais (médicos e enfermeiros) concluímos que em ambas, a disponibilidade e informação fornecida são os itens com pior índice de avaliação. Relativamente à disponibilidade e informação fornecida pelos médicos, pensamos que esteja relacionada com o facto dos utentes apenas terem contacto com este grupo profissional, no momento da admissão, e por vezes em curtas visitas médicas. Já no grupo profissional dos enfermeiros, a disponibilidade e informação fornecida surgiram quantificadas de forma diferente. Pensamos que esta situação se

verifique pelo receio de muitos enfermeiros de transmitir alguma informação da competência médica.

- Salientamos ainda o facto dos doentes quantificarem sua satisfação geral sobre os cuidados prestados com um score de 65,4.
- Importante também referir que na análise sobre a qualidade de vida, a amostra caracteriza-se com um score médio de estado de saúde de 56.56, no entanto os índices de avaliação apresentam respostas que tendem para indivíduos com alguns problemas na deambulação (44,2%), em lavar-se/despir (38,5%), nas actividades habituais (40,4%), com dores/mal-estar moderados (61,5%) e moderada ansiedade/depressão (50%).
- Na análise inferencial verificamos que no cruzamento entre a satisfação e o grupo etário detectámos diferenças estatisticamente significativas, curiosamente sempre entre os grupos 60-79 e 80-99, sempre com a tendência do mais velhos para melhor percepção sobre os cuidados, isto para as dimensões dos cuidados médicos ( $p=0.015$ ) e dos cuidados de enfermagem ( $p=0.015$ ).
- Na análise entre a satisfação e os dias de internamento, verificamos que a correlação com a dimensão da equipa médica( $p=0,002$ ) e com a satisfação global ( $p=0.004$ ) é muito significativa, no entanto com organização dos serviços ( $p=0,040$ ) é ligeiramente significativa.

Desta forma, a satisfação do utente, enquanto medida pessoal da adequação dos cuidados às expectativas, revelou-se um bom indicador da qualidade e efectividade dos cuidados prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria e representando uma ferramenta fundamental de apoio á gestão dos cuidados de saúde.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Enquanto estudo de investigação de cariz científico, este trabalho apresenta algumas limitações. Estas surgem associadas essencialmente á baixa adesão dos utentes ao preenchimento do instrumento de colheita de dados. A falta de tempo (pois era fornecido no momento da alta), a diminuição da acuidade visual, e a extensão do instrumento, foram algumas das justificações apresentadas por alguns utentes abordados. Acresce a este facto, o

curto espaço temporal em que foi efectuada a colheita de dados, resultando numa amostra de pequena dimensão. Estamos conscientes que uma amostra de maior dimensão, sendo mais representativa da população estudada (receptores dos cuidados da ULSG), permitiria outro tipo de análise, recorrendo a outras possibilidades estatísticas, assim como suportariam conclusões mais robustas.

Apesar das limitações anteriormente referidas, consideramos, este nosso trabalho, um contributo válido para o conhecimento da realidade da satisfação dos utentes face à prestação dos cuidados de saúde no nosso país. Os resultados obtidos demonstraram ainda a existência de um vasto campo para estudo, pelo que pensamos ser pertinente registar algumas sugestões para futuras pesquisas nesta área. Assim, propomos a adopção de um único instrumento de colheita de dados, por parte do Ministério da Saúde, a sistematização da sua aplicação, e a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde prestados em diferentes instituições (cuidados de saúde diferenciados, primários e continuados). Seria de todo pertinente a comparação dos resultados verificados em diferentes instituições, ou analisar os scores obtidos numa mesma instituição em diferentes timings.

Acreditamos também que adopção, pela ULSG, de uma política de qualidade, monitorizando os serviços prestados, contribuiria para a obtenção de respostas válidas e adequadas às necessidades reais da população, culminando numa melhoria da satisfação dos utentes e na redução dos custos associados aos cuidados de saúde. Obviamente que tudo isto só seria possível, se todos os profissionais fossem sensibilizados, para a importância desta temática, e para a necessidade de valorização crescente da satisfação dos cuidados de saúde como indicador da qualidade dos cuidados recebidos

A eficiência constitui o maior desafio para qualquer sistema de saúde do século XXI, visa-se uma prestação de cuidados centrada no doente e que utiliza o mínimo de recursos para obtenção de resultados de qualidade. Prestadores e instituições sentem este desafio crescente e procuram identificar os seus pontos fortes e fracos, avaliar a qualidade dos cuidados que prestam, analisar as condicionantes da sua prestação, e desenvolver estratégias para melhorar estruturas e processos. Neste sentido, os indicadores centrados no doente, como a de satisfação com os cuidados, são cada vez mais reconhecidos como elementos críticos na monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. A monitorização deste tipo de indicadores, é de inegável importância. Por isso, sugerimos a sua continuação em investigações adicionais, no sentido de planear intervenções para as oportunidades de

melhoria identificadas e avaliação de resultados da sua implementação, em termos de ganhos em saúde (qualidade e efectividade).

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA ECCLESIA - Católicos em Portugal abaixo dos 90% - (2010) [Consult. 5 Jul. 2011] Disponível em <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=3295>

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do utente nos Hospitais EPE e SPA. Ministério da Saúde. 2008.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do utente nos Hospitais do SNS. Ministério da Saúde. 2009.

ALMEIDA, CALDAS - Portugal é o país da Europa com mais doenças mentais – jornal ionline de 24 de Março de 2010 [Consult. 12 Jul. 2011]. Disponível em <http://www1.ionline.pt/conteudo/52456-portugal-e-o-pais-da-europa-com-mais-doentes-mentais>

ALMEIDA, I. [et al.] – Prevalência de dor lombar crónica na população da cidade de Salvador. Revista Brasileira de Ortopedia. n.º 43 (2008), p. 96-102

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – **Indicadores e metas do SNS**, Maio, 2011. [Consult. 5 Jul. 2011] Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/sistema-de-saude/demora-media-em-internamento-hospitalar/>

ALVES, Maria de Jesus Pinheiro – O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY - Statement on Pulmonary Rehabilitation. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, vol. 173, (2006), p. 1390-1413

ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. - **Percepção da Qualidade dos Serviços de Odontologia**. XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Porto Alegre, 2005.

ARAGON, S.J. e GESELL, S.B. - A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: A Multigroup Structural Equation Modeling Investigation: American Journal of Medical Quality, n.º.18, 2003, p. 229-241.

ASPINAL, F., ADDINGTON-HALL, J., HUGHES, R. E HIGGINSON, I. – Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature: Journal of Advanced Nursing. n.º.42 (2003), p. 324-339.

AVERY, Kerry N.; et al. – Satisfaction with care: an independent outcome measure in surgical oncology. Annals of Surgical Oncology, vol. 13, n.º 6, 2006, p. 817-822.

BALLARD, D. J. [et al.] – **Health Care Quality Improvement Across the Baylor Health Care System: the first century**: Baylor University Medical Center Proceedings, 2004, p. 277-288.

BENGTSSON, G. [et al.] - Outcome indicators to evaluate, from a patients' perspective. *Nurs Sci Res Nordic Count.* 18 (1998) 9-14.

BERNARDES, Sónia F [et al.] - **Questionário de Expectativas de Papel de Género Face à Dor: Estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa.** *Análise Psicológica.* n.º 1, 2008. [Consult. 5 Jul. 2011] Disponível em URL:<<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a10.pdf>>

BJØRNGAARD, J. H.; RUUD, T; FRIIS, S.; The impact of mental health illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. A multilevel analysis. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* vol.42, (2007), p.803-809.

BISCAIA, J. L. – Qualidade em Saúde uma Perspectiva Conceptual. *Revista da Qualidade em Saúde*, Lisboa, (2000) p6-10.

BORDERS, T. F. [et al.] – Older persons' evaluations of health care: the effects of medical skepticism and worry about Health. *Health Services Research.* Vol. 39, n.º.1 (2004) p. 35-52.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi - Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa do Cuidado em Saúde? – *Revista Saúde Pública.* Vol.41, n.º.1 (2007).

BRÉDART, Anne – The EORTC satisfaction with care measure: questionnaire psychometric properties and predictors of satisfaction with care in a large European and Asian cancer in-patient population. *EORTC Quality of Life Group Newsletter*, n.º 5, 2006, p. 9-10.

BRÉDART, Anne [et al.] – An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure. *European Journal of Cancer*, vol. 41, n.º 14, 2005, p. 2120-2131.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera - Estratégias de Avaliação e Melhoria Contínua da Qualidade no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, Recife, Vol.5, (Dez, 2005), p.63-69.

CAMPOS, Luís; SATURNO, Pedro; CARNEIRO, António Vaz - **A qualidade dos Cuidados e dos Serviços**: Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Alto Comissariado da Saúde, Lisboa, Dezembro, 2010.

COLAÇO, Tânia; SANTO, Maria Espírito - Grau de satisfação dos utentes da USF Horizonte: avaliação em 2007 vs 2001 - *Rev Port Clin Geral*;n.º.24, 2008, p.421-428

COOK, T.D., & CAMPBELL, D. – **Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings**. Chicago: Rand McNally. 1979

COSTA, Carlos; COSTA, Fernando Leal; LOPES, Sílvia - **Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental (2009) – Resultados** . Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Dezembro, 2010.

COWLEY, L., HEYMAN, B., STANTON, M., MILNER, S. J. How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective; Journal of Advanced Nursing. Vol. 31, nº2, (2000), p.314-321.

CUNHA, Raphael - Considerações sobre sistema articular, artrose e exercício físico: um estudo de revisão. Revista Digital. Buenos Aires, ano 14, nº 135, Agosto, 2009.

DAVIS, L.A. - A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. Holist Nursing Practice. Vol.19, nº3, 2005, p.126-133.

DAVIES, AL.; WARE, J. E. Jr. - **Involving Consumers in Quality of Care Assessment**. Health Affairs. Spring, 1988. p. 33-48.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm - O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59, nº.1 (jan-fev 2006).

DIAS, Orlene Veloso; RAMOS, Lais Helena; COSTA, Simone de Melo - Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários – Revista Pró-univerSUS. Vassouras. Vol. 1, nº. 1 (jul./dez, 2010), p. 11-26.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Orientações técnicas, fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso - recomendações para intervenção Terapêutica**. Ministério da Saúde, Lisboa, 2003.

DOLAN, Paul; JONES-LEE, Michael; LOOMES, Graham - Risk-risk versus standard gamble procedures for measuring health state utilities. Applied Economics, nº27 (1995), p. 1103-1111.

DONABEDIAN, A. - Definition of quality and approaches to its assessment. In: Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Press. Michigan. 1980.

DONABEDIAN, A. - The quality of care: how can it be assessed? Journal of the American Medical Association. nº.260, (1988), p.1743-1748.

DONABEDIAN, A. **Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio**. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1990.

DRUMMOND, Michael F.; O'BRIEN, Bernie; STODDART, Greg L.; TORRANCE, George W. - Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, Oxford Medical Publications, 2ª ed, Oxford, 1997.

DUARTE, I. G.; FERREIRA, D.P. Uso de Indicadores na Gestão de um Centro Cirúrgico. abr-jun 2006. (periódico da internet). [Consult. 7 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http:// www.cqh.org.br.

EHNFORTS, M.; SÖDERSTRÖM, A. - Patient satisfaction with hospital care. Nurs Sci ResNordic Count. 15 (1995) 19-29.

EIRIZ, Vasco; FIGUEIREDO, José António - Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão. Vol. 3, n.º 4 (Outubro-Dezembro, 2004), pp. 20 – 28.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – **Guia de elaboração de trabalhos escritos.** Viseu: 2008. 59 p. Disponível em URL: <http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UIInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim - Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol.22, n.º.6 (jun, 2006) p.1267-1276.

EUROQOL GROUP - **EQ-5D A Measure of Health-Related Quality of Life Developed by the EuroQol Group: User Guide.** Holanda, Roterdão, 7ª ed., 2000.

FERNANDES, Bárbara Cristina Guerreiro - **Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase-Criacao da Versao Portuguesa do Psoriasis Disability Index** – Coimbra. Universidade de Coimbra (2010). Dissertação de Mestrado em Economia e Gestão das Organizações de Saúde.

FERREIRA, Lara de Noronha - **Utilidades, QALYs e medição da Qualidade de Vida.** Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo Universidade do Algarve. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. DOCUMENTO DE TRABALHO N.O 1/2002. (2002).

FERREIRA, Lara Noronha; FERREIRA, Pedro Lopes; BALEIRO, Rita Rodrigues – Qualida de vida em doentes com artrite reumatóide. Acta Reumatol Port, vol.33, (2008), p. 331-342.

FERREIRA, P. L. [et al.] - **Satisfação dos Portugueses com os cuidados de Saúde Privados.** Instituto do Consumidor. Coimbra, 2003.

FERREIRA, P. L., LUZ, A.; VALENTE, S.; RAPOSO, V., GODINHO, P. e FELÍCIO, E. D. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 2 (2001), p. 53- 61.

FERREIRA, P. L.; MELO, E. - Percepção de saúde em qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde de Nottingham. Revista Nursing (1999) p.135:139.

FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V.; GODINHO, P. - A voz dos utilizadores dos Centros de saúde. Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa, 2005.

FERREIRA, Pedro Lopes; FERREIRA, Lara de Noronha - A medição de preferências em saúde na população portuguesa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 24, n.º 2, (Julho/Dezembro 2006).

FERREIRA, Pedro Lopes; LOURENÇO, Óscar Domingos - Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.3, 2003.

FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vitor - A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol.22 (2006).

FRANÇA, Margarida - Gestão de Qualidade em Saúde. Revista Norte Saúde. 2002. [Consult. 12 Jul. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.arsnorte.min-saude.pt/revista.htm

FRANCO, Mário José Batista; FLORENTIM, Ricardo Jorge Dos Santos – A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 24, nº. 1 (Janeiro/Junho 2006).

FREITAS, Artur; ANTUNES, Carina; NETO, Cláudia; RAMOS, Cristina - Avaliação da Satisfação dos Utentes da USF Novo Cuidar, CS Fafe. Revista Portuguesa Clínica Geral nº24, (2008).

FITZPATRICK, R. - Patient satisfaction In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 301- 304). Cambridge University Press (1997).

FORTIN, Marie Fabienne – “O Processo de Investigação: da Concepção à realização”.. 3ª edição; Loures, Edições Lusociências, (2003)

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 581 p. ISBN: 978-989-8075-18-5

GASQUET, I. - Satisfaction des patients et performance hospitalière: Qualité des soins. La Presse médicale. N°28 (1999) p. 1610-1616.

GIL, A.C. – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4rd ed. São Paulo: Atlas. 1995

GOLDSTEIN, MS; ELLIOTT, SD; GUCCIONE, AA. - The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. Phys Ther. Vol.80, nº9, ( 2000), p.853-863.

GOMES, Bárbara Pereira - **Enfermagem de Reabilitação – um contributo para a satisfação do utente**. Porto. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GONÇALVES, Joana Daniela Oliveira - **Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento**. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Setembro, 2010. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

GOTIEB, J.B. - Understanding the effects of nurses on the process by which patients develop hospital satisfaction. Holistic Nursing Practice. Vol.17, nº.1 (2002) p. 49-60.

GRAZZIANO ES, BIANCHI ERF. - Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. Rev Latino-americana Enfermagem, vol 12, nº2, 2004, p.168-174.

GREEN, A.; DAVIS, S. - Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practioner care. Journal of the American Academy of Nurse Practioners. Vol.17 nº4 (2005) p.139-149.

GRUENIGEN, Vivian [et al.] – Gynaecologic oncology patients satisfaction and symptom severity during palliative chemotherapy. Health and Quality of Life Outcomes Vol. 4, nº 84, 2006.

GRUNFELD, E. [et al] Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. Journal of Clinical Oncology;. Vol. 20. nº6 (2006). p.835-837.

GUADAGNINO, C. – Role of patient satisfaction. Physician's News Digest, 2003. p. 1-12. [Consult. 12 Jul. 2011]. Disponível em <http://www.physiciansnews.com/cover/1203>

HALM, E. A.; SIU, A. L. – **Are quality improvement messages registering?**. Health Services Research. Vol. 40, nº.2 (2005), p. 311-316.

HARRIS-KOJETIN, L. D.; STONE, R. – The role of consumer satisfaction in ensuring quality long-term care: opportunities and challenges. Journal Aging Society Policy. Vol.19 nº.2 (2007), p. 43-61.

HAYNAL, André; PASINI, Willy; ARCHINARD, Marc – “Medicina Psicossomática – perspectivas psicossociais”. Climepsi Editores, Coleção Convergências, Lisboa, 1ª edição, Junho, 1998.

HESBEEN, W. – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures, Lusociência, 2001.

HESPANHOL, A. - A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol.21 (2005), p. 185-191.

HILL, M., & HILL, A. – **Investigação por Questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005

HOLMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação**, 2ªEd. – Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, 2000, p.97-110.

IMPERATORI, E. - **Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde**. Lisboa, Edinova, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Destaque do INE, Censos 2001, resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística ed., 2002.

INSTITUTO Nacional de Estatística - Anuário Estatístico de Portugal 2006. Instituto Nacional de Estatística ed., Lisboa. 2007. ISSN 0871-8741

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Homens & Mulheres em Portugal**. Editor Instituto Nacional de Estatística ed., Lisboa, Portugal, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - A Situação Demográfica Recente em Portugal - Revista de Estudos Demográficos. Editor Instituto Nacional de Estatística ed., Lisboa, Portugal, nº48, (Novembro, 2010).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011. [Consult. 15 Ago. 2011]. Disponível em [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)

INSTITUTO Nacional de Estatística . **Censos 2011 - Resultados Preliminares**. . Instituto Nacional de Estatística ed, Lisboa. Junho, 2011. ISBN 978-989-25-0135-2

JOHANSON, P.; OLÉNI, M. & FRIDLUNG, B. - Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, nº16, 2002, p. 337-344.

JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH - Populations Reports. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, XXVI, 3. (1998). [Consult. 15 Ago. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.infoforhealth.org/pr/j47/j47chap2.shtml>

KECKLEY, Paul H.; COUGHLIN, Sheryl; GUPTA, Shiraz; BAJANCA, Margarida; MOREIRA, Silvia - 2011 Survey of Health Care Consumers: Portugal: Key Findings, Strategic Implications. Washington, Deloitte Center for Health Solutions, 2011.

KIND, Paul; HARDMAN, Geoffrey; MACRAN, Susan - **UK Population Norms for EQ-5D**. York, University of York, Centre for Health Economics, Discussion Paper 172, 1999.

KIESS, H.O.; BLOOMQUIST, D.W. – **Psychological research methods: A conceptual approach**. London: Allyn and Bacon. 1985

KLOETZEL, Kurt; BERTONI, Anete Machado; IRAZOQUI, Maristela Costa; CAMPOS, Valdaci Padão Garcia; SANTOS, Rosane Nunes - Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol.14, nº.3 (jul-set, 1998) p. 623-628.

KOTLER, P. - **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo, Atlas, 5ª edição, 1998.

KRELING, Maria C. G. D. [et al.] - **Prevalência de dor crônica em adultos**. Revista Brasileira Enfermagem. 2006 [consultado a 18 Ago. 2011]. Disponível no URL <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf>>RILEY [et al.]

KURCGANT, P.; TRONCHIM, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. (periódico da internet) 2006. [Consult. 15 Aug. 2011]. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

LARSON, Célia [et al.] – The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. International Journal for Quality in Health Care. Vol. 8, nº 5, (1996) p. 447-456.

LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. – **Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996

LEE, M. A.; YOM, Y-H. – A comparative study of patient's and nurse's perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to resist the hospital: A questionnaire survey. International Journal of nursing Studies. Elsevier (2006) p. 1-11.

Lucas, M. A satisfação dos utentes: estudo realizado no Centro de Saúde de Santiago do Cacém; Lisboa. 2002. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública.

MARTINS, J. C. A. - Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.17, nº.3 (Maio-Junho, 2009a).

MARTINS, José Carlos Amado - Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. Revista Referência, 2ªserie, nº.9 (Março, 2009b), p. 41-49.

MARTINS, J. C. A. - Informação em saúde: perspectiva ética. Revista da ordem dos Enfermeiros. Nº.34 (Jun, 2010). p.18-21. ISSN 1646-2629.

MAYBERRY, R. M. [et al.] – **Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care**. Baylor University Medical Center Proceedings, 2006, p.103–118.

McINTYRE, T.; SILVA, S. - Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: relatório Final sumário. ARS-Norte e Universidade do Minho, 1999.

MCINTYRE, T.; PEREIRA, M.G.; SILVA, N.S.; FERNANDES, S.; CORREIA, M.J. - Manual do questionário de Avaliação da Satisfação do Utente. Porto. Administração Regional de Saúde do Norte, 1999.

MEEHAN, K. - A study of levels of patient satisfaction with urban and rural emergency nursing care has uncovered some interesting results. Monash Magazine – Australian Journal of Rural Health. nº7, 1999.

MELO, R. – Avaliação da qualidade na perspectiva do utente/cliente. Revista Informar. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, n.º20 (Janeiro/Março 2000), p. 5-10.

MELO, M. L.- **Comunicação com o doente certezas e incónitas**. Loures, Lusociência, 2005.

MESQUITA G.V [et al] - Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. Contexto Enfermagem, Florianópolis, vol. 18, nº1, (Jan-Mar ,2009); p.67-73.

MEZOMO, J. C. - **Gestão da qualidade em saúde: princípios básicos**. São Paulo, Manole Ltda, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: orientações estratégicas 2**. Direcção Geral de Saúde. Lisboa, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico - 2007 – 2009**. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Abril, 2007.

MIRALLES, Josep Davins - A excelência como modelo de qualidade total em Cuidados de Saúde Primários. Revista Postgraduate Medicine. Vol.27, nº.1 (Janeiro, 2007).

MOLENAAR, S. [et al]. Predictors of patients' choices for breast-conserving therapy or mastectomy: a prospective study. The Breast Journal Cancer; Vol.90, nº11 (2004), p.2123-2130.

MOLINA, R. T. - **La Calidad de Vida , su importância y como medirla**. Salud Uninorte. Barranquilha. 2005. [Consult. 8 Ago. 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.cirueo.ininort.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/21/8.La%20Calidad%20de%20Vida.pdf](http://www.cirueo.ininort.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/8.La%20Calidad%20de%20Vida.pdf)

MONTEIRO, J. M. L. - Satisfação em saúde numa perspectiva da garantia da qualidade. Bragança. Boletim do Hospital de Bragança. Vol.1, nº.2 (1991).

MORRISON, Paul – **Para Compreender os doentes**. Climepsi Editores, Lisboa, 1ª edição, Outubro, 2001.

NETO, M. A. L. C. - **Auditorias internas de qualidade em cuidados de saúde primários**. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1999. Dissertação de Mestrado.

NETO, A. [et al.] - Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. Revista Servir. Lisboa, vol.51, nº:5, 2003, p.214-228.

NEVES, M - **Guia Prático da Melhoria da Qualidade na Saúde**. Lisboa, Estria Produções Gráficas, 2000.

NEVES, J. F. & NEVES, M. C. P. - **Qualidade e sustentabilidade**. Seropédica: Embrapa Agrobiologia. Dez. 2000. p. 14.

NEVES, A. O. [et al.] - **Estudo de Avaliação da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais na Área da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência**. Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa, Colecção Cogitum, nº 21 (2006).

OERMANN, M; TEMPLIN, T. - Important attributes of quality health care: consumer perspectives. Journal of Nursing Scholarship. Indianapolis. Nº.32, 2000, p.167.

OLIVEIRA, Adelaide – **Qualidade Organizacional em Saúde**. Edição Especial (2005).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Health Systems: Improving Performance**. World Health Report. Switzerland, Geneva, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Regional Office for Europe. Copenhaga, 2008. [Consult. 6 Jul. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/Document/E91317.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. Revista Ordem dos enfermeiros, nº16 (Março 2005), p. 53.

PALADINI, E. P. - **Avaliação estratégica da qualidade**. São Paulo, Atlas, 2002

PEDHAZUR, E.J.; SCHMELKIN, L. – **Measurement, design and analysis: An integrated approach**. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1991

PEDRO, Sílvia; FERREIRA, Pedro Lopes; MENDES, Júlio - Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar - Encontros científicos - Tourism & management Studies. Nº. 6 (2010).

PEREIRA, Álvaro Santos - **Portugal na Hora da Verdade**. Lisboa: Gradiva. 2011

PEREIRA, A.; POUPA, C. – **Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word**. Lisboa: Sílabo, 2004

PEREIRA, Luis Filipe – Qualidade: Ferramenta Fundamental da nova estratégia para a saúde. Revista Qualidade em Saúde. Nº7 (Julho2003), p. 3-8.

PEREIRA, Maria da Graça; ARAÚJO-SOARES, Vera; MCINTYRE, Teresa – Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. Revista Psicologia, Saúde & Doenças, vol.2, nº.2 (2001), p. 69-80.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciencias sociais – a Complementaridade Do Spss**. Edições Silabo, 3ª Edição, Lisboa. 2003. ISBN: 9726182972

PISCO, Luís; BISCAIA, José Luís - Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 2 (2001), p.43-51.

PIVA, Luciana Cláudia; FUMAGALLI, Luis André Wernecke; BAPTISTA, Paulo de Paula; SILVA, Wesley Vieira - Relação entre Satisfação, Retenção e Rentabilidade de Clientes no Setor de Planos de Saúde - Revista de Ciências da Administração, vol.9, nº. 19 (set./dez. 2007), p. 54-80.

POLIZER, Regiane; D'INNOCENZO, Maria - Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem - Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.59, nº.4 (jul-ago, 2006), p. 548-551.

REVIKI, D. A.– Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. Vol. 53 (Suppl. 4), (2004) [Consult. 5 Jul. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.gut.bmj.com>>.

RIBEIRO, A.L.A. Satisfação com os cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida. Porto, 2003. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado no âmbito de Ciências de Enfermagem.

RIBEIRO, A. L. A. – O percurso da construção e avaliação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, nº16 (Março 2005), p.53-60.

RIBEIRO, Norberto Maciel - Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico. UNIVERSIDADE ATLÂNTICA – FUNCHAL, 2008.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona- Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. Revista Produção Online, ISSN:1676-1901, vol.10, nº.3 (set. 2010).

ROBBERSTAD, Bjarne - QALYs vs DALYs vs Lys gained: What are the differences, and what difference do they make for health care priority setting?. Norsk Epidemiologi. Vol.15, nº.2 (2005), p. 183- 191.

RODRIGUES, Manuel António Lopes - **Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa**. Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado em Oncologia.

RODRIGUES, R. C. P. - **Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português**. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

ROSA, EUGÉNIO - As desigualdades entre homens e mulheres não estão a diminuir em Portugal,(Março, 2008). [Consult. 5 Jul. 2011] Disponível em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2008/10-08-%208-MARCO-2008-DIA-MULHER.pdf>

ROSA Eugénio - O novo aumento no IRS para muitos dos reformados e aposentados vai reduzir o seu rendimento em mais de 100 milhões €no ano de 2011- 2011 [Consult. 5 Jul. 2011] Disponível em URL:[http://resistir.info/e\\_rosa/irs\\_pensionistas\\_2011.html](http://resistir.info/e_rosa/irs_pensionistas_2011.html)

ROSA, Beatriz A. – **Satisfação com os cuidados de saúde e depressão em doentes internados num hospital geral**. Lisboa, 1999. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde.

RUDKIN, S. in G. ESMOND - Enfermagem das Doenças Respiratórias. Lusociência. Loures, 2005.

SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os Profissionais da Equipa de Saúde**. Lisboa: Publicações Universitárias e Científicas Principia, 1998.

SANTANA (1995) *cit. in* CARMO, Margarida Teodora S. – Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes. Revista de Investigação em Enfermagem. Ed. Sinais Vitais. n.º 15 (Fevereiro, 2007), p. 24-37.

SANTOS, Osvaldo; BISCAIA, André Rosa; ANTUNES, Ana Rita; CRAVEIRO, Isabel; JÚNIOR, António; CALDEIRA, Rita; CHARONDIÈRE, Pascale - Os centros de Saúde em Portugal: determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma; uma abordagem qualitativa. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – 2007.

SANTOS, Osvaldo; BISCAIA, André - **Os Centros de Saúde em Portugal - A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais** - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Lisboa, 1ª Edição (Novembro 2007).

SANTOS, Gisela Marta Monteiro - **Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória**. Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2009. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.

SCASCIGHINI, G. L. [et al.] – **Translation, transcultural adaptation, reliability and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German**. Physiotherapy. 2007.

SCHMIDT, L.A. - Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. Journal of Advanced Nursing, vol.44, nº4 (2003), p. 393-399.

SCHWARTZMANN, Laura - Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm. dic.* Vol.9, nº.2 (2003) [Consult. 6 Jul. 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso)>

SERAPIONI, Mauro - Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº.85 (Junho 2009), p. 65-82.

SHATTELL, M. - Nurse-patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, nº13 (2004), p. 714-722.

SIGURTHARDOTTIR, A. K. - Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *J. Nurs Manag.* Vol.2, nº:4, Mar, 1996, p. 69-74.

SILVA, A. VARANDA, J., DÓRIA, S. N. - **Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais**. Principia, 2004.

SILVA, C. [et al.] - **Satisfação dos utentes face ao Serviço de Imagiologia do Hospital de S. Pedro de Vila Real**. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. I Encontro de Investigação, da divulgação à consolidação do conhecimento. Vila Real (2005) p. 7-16.

SILVA, Maria Margarida Rocha Costa - *A Qualidade nos serviços de reabilitação em Saúde Mental: Satisfação de Utentes e Profissionais*. Porto, 2010. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia.

SILVA, N.A.; MONTANDON, A.C.O.S.; CABRAL, M.V.P. - **Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas** - Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S21-S8

SLACK, N., JOHNSTON, R., e CHAMBERS, S. - **Administração da Produção**. São Paulo, Atlas, 2ª edição, 2002.

SOUSA, Maria; PEIXOTO, Rui; MARTINS, Teresa; Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico - Revista Referência. 2ª Série, n.º8, Dezembro, 2008.

SUDA, Eneida Yuri; UEMURA, Missae Dora; VELASCO, Eliane - Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. Revista Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo, v.16, n.º.2 (abr./jun. 2009) p.126-31, ISSN 1809-2950.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. - **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. - Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, João Eduardo Marten - Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde sob a Perspectiva do Usuário no Centro de Saúde do Rio Tavares em Florianópolis. - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TOMLINSON, James S.; CLIFFORD, Y. - Patient satisfaction: an increasingly important measure of quality. Annals of Surgical Oncology. Vol. 13, n° 6 (2006), p. 764-765.

VASCONCELLOS, P. P. - **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, 2002. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção.

VAZ, Célia Rodrigues de Oliveira Tavares - **Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência**. Lisboa, Universidade Aberta Junho, 2008. VI Mestrado de Comunicação em Saúde.

VUORI, H. - **Patient Satisfaction: An attribute or indicator of the quality of care?** Q.R.B., 1987.

WILHELMI, B. – The Genetics of Pain. APS Bulletin. Vol. 14, n.º 6, 2004



## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### Instrumento de Colheita de Dados



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Unidade Científico Pedagógica:** Enfermagem de Reabilitação

**Investigador Principal:** Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

**Investigador Colaborador:** Carlos Manuel Rodrigues Pontinha

**Curso:** Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### - SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE RECEBIDOS -

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Caro(a) Participante:

Ao realizar este estudo pretendemos determinar qual a satisfação dos utentes sobre os cuidados de saúde recebidos ao longo do internamento e identificar quais as variáveis que mais influencia essa mesma satisfação.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade; Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Viseu, Agosto de 2011

Pela Equipa de Investigação

## CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

Assinale com uma cruz (X) o que melhor se adequa à sua situação pessoal

**1 Sexo:**

1  Masculino    2  Feminino

**2 Idade:** \_\_\_\_\_**3 Proveniência:**

1  Rural        2  Urbana

**4 Situação familiar:**

1  Casado    2  Solteiro    3  Viúvo    4  Divorciado    5  Outro \_\_\_\_\_

**5 Escolaridade:**

1  Não sabe ler nem escrever                      2  Sabe ler e escrever  
 3  1º ciclo de ensino básico (4ª classe)        4  2º ciclo do ensino básico (6º ano)  
 5  3º ciclo do ensino básico (9º ano)            6  Ensino secundário (12º ano)  
 7  Ensino superior                                      8  Outro. Qual \_\_\_\_\_

**6 Com quem vive habitualmente:**

1  Sozinho    2  Com Familiares    3  Institucionalizado

**7 Actividade Profissional:**

1  Desempregado                      2  Reformado        3  Trabalhador não qualificado  
 4  Operador de maquinas e montagens            5  Operário, artífices e trab. Similares  
 6  Agricultor/trabalhador qualificado da agricultura e pesca    7  Forças armadas  
 8  Quadros Superiores    9  Intelectuais e cientistas    10  Técnico e profissional de nível médio  
 11  Doméstico, pessoal de serviços e vendedor        12  Pessoal administrativo e similar  
 13  Estudante                                      14  Outra: \_\_\_\_\_

**8 Pratica alguma Religião:**

1  Sim    2  Não

8.1 Se respondeu sim, indique qual? \_\_\_\_\_

8.2 Qual o grau de crença na sua religião?

Muito pouco	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo
-------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

8.3 Qual o grau em que considera ser praticante?

Muito pouco	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo
-------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Assinale com uma cruz (X) o que melhor se adequa à sua situação

**1 - Data de entrada no serviço:**

\_\_\_/\_\_\_/2011

**2 – Período de permanência até data de colheita de dados:**

\_\_\_ dias

**3 – Diagnóstico clínico de admissão:**

\_\_\_\_\_

**4- Antecedentes clínicos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5- Terapêutica do Domicílio (a preencher pelo investigador):**

Nome	Dose	Frequência

**6 – Está a realizar ou realizou, algum programa de reabilitação?**

1  Sim      2  Não

6.1 Se respondeu sim:

6.1.1 - Quem realizou o programa?

\_\_\_\_\_

6.1.2 - De que forma o mesmo contribuiu para a melhoria ou alívio de algumas complicações/sintomas?

Não satisfatória

(1)

Razoável

(2)

Boa

(3)

Muito Boa

(4)

Excelente

(5)

### QUESTIONÁRIO IN-PATSAT32 DA EORTC

Por favor, responda a todas as questões colocando um círculo a volta do número que melhor se aplica a si.

**Durante o seu internamento no hospital, que classificação atribui aos médicos, relativamente a:**

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
1. O conhecimento e experiência da sua doença?	1	2	3	4	5
2. O tratamento e acompanhamento médico proporcionados?	1	2	3	4	5
3. A atenção que deram aos seus problemas físicos?	1	2	3	4	5
4. A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações?	1	2	3	4	5
5. O interesse que demonstraram por si?	1	2	3	4	5
6. O conforto e apoio que lhe deram?	1	2	3	4	5
7. A informação que lhe deram sobre a sua doença?	1	2	3	4	5
8. A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos?	1	2	3	4	5
9. A informação que lhe deram sobre o seu tratamento	1	2	3	4	5
10. A frequência das suas visitas/consultas?	1	2	3	4	5
11. O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas?	1	2	3	4	5

**Durante o seu internamento no hospital, que classificação atribui aos enfermeiros, relativamente a:**

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
12. A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação,...)?	1	2	3	4	5
13. A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injecções,...)?	1	2	3	4	5
14. A atenção que deram ao seu conforto físico?	1	2	3	4	5
15. O interesse que demonstraram por si?	1	2	3	4	5
16. O conforto e apoio que lhe deram?	1	2	3	4	5
17. As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, simpatia, paciência,...)?	1	2	3	4	5
18. A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos?	1	2	3	4	5

	<b>Fraco</b>	<b>Normal</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
	1	2	3	4	5
19. A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo?	1	2	3	4	5
20. A informação que lhe deram sobre o seu tratamento?	1	2	3	4	5
21. A prontidão com que responderam as suas chamadas (de campainha)?	1	2	3	4	5
22. O tempo que lhe dedicaram?	1	2	3	4	5

**Durante o seu internamento no hospital, que classificação atribui à organização dos serviços e dos cuidados, relativamente a:**

	<b>Fraco</b>	<b>Normal</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
23. Troca de informação entre os profissionais de saúde?	1	2	3	4	5
24. A simpatia e a ajuda do pessoal técnico, de recepção e de laboratório?	1	2	3	4	5
25. A informação dadas na altura da sua admissão no hospital?	1	2	3	4	5
26. A informação dada na altura da sua alta do hospital?	1	2	3	4	5
27. O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos?	1	2	3	4	5
28. A rapidez de realização de exames e/ou tratamentos médicos?	1	2	3	4	5
29. A facilidade de acesso (estacionamento, meios de transporte,...)?	1	2	3	4	5
30. A facilidade de localizar os diferentes serviços?	1	2	3	4	5
31. O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade,...)?	1	2	3	4	5

**Em geral:**

	<b>Fraco</b>	<b>Normal</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
32. Como classifica os cuidados recebidos durante o seu internamento hospitalar?	1	2	3	4	5

## QUESTIONÁRIO EQ-5D DA EUROQOL

Assinale com uma cruz (x), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

### 1- Mobilidade:

- 1  Não tenho problemas em andar      2  Tenho alguns problemas em andar  
3  Tenho de estar na cama

### 2 - Cuidados Pessoais

- 1  Não tenho problemas em cuidar de mim    2  Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me  
3  Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)

**3 - Actividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- 1  Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais  
2  Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais  
3  Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais

### 4 - Dor/Mal Estar

- 1  Não tenho dores ou mal estar      2  Tenho dores ou mal estar moderados  
3  Tenho dores ou mal estar extremos

### 5 - Ansiedade/Depressão

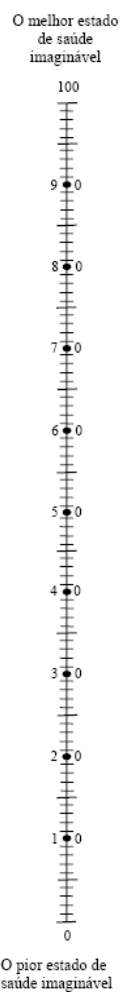
- 1  Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)    2  Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)  
3  Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

## QUESTIONÁRIO EQ-5D DA EUROQOL

Para ajudar as pessoas a definir o seu bom ou mau estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

O seu estado  
de saúde hoje



O preenchimento do questionário chegou ao fim.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

## APÊNDICE II

### Autorização para Colheita de Dados



### NOTA DE SERVIÇO INTERNA

DE: En<sup>o</sup> MANUEL DOS SANTOS

N.º 23

PARA: Ex<sup>o</sup> Presidente do Conselho de Administração da ULS-Guarda

DATA: 23-08-2011

CC: Ex<sup>o</sup> En<sup>o</sup> Supervisor – Júlio Salvador

**ASSUNTO: Pedidos de Estudos Académicos \Recolha de dados**

Junto anexo; ofícios N.º 806, 527 e 779 da Escola Superior de Saúde de Viseu e requerimento do En<sup>o</sup> Jorge Manuel Ramo da Silva. Sugerimos que sejam autorizados os respectivos pedidos de recolha de dados, sobe condição, das informações recolhidas serem exclusivamente usadas para os estudos académicos que os requerentes indicam. Podendo ainda ser recolhido parecer da comissão de ética da ULSG, não nos parecendo no entanto necessário.

À consideração superior.

Enf. Manuel dos Santos



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração da  
**Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE**  
Av. Rainha D. Amélia  
6301-857 GUARDA

*Emo. Manuel da Santos por favor, ler em anexo o pedido pelo processo a fazer da CNPD ou eventuais cumprimentos etc*

*Ente CES usar de a que a realização de estudos e de outros projetos ULS desde 13092011*

*U. L. S. Guarda, E.P.E. 14.9.2011*

*U.L.S. Guarda, EPE  
Ídrio Salvador  
ENR*

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: <b>806</b>	Data: <b>02/08/2011</b>
Processo:		Processo: <b>70</b>	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Investigação, a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno Carlos Pontinha do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Satisfação dos doentes com os cuidados da saúde prestados".

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 1 de Agosto a 1 de Setembro do ano 2011, na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital Nossa Senhora da Assunção (Seia) e no Serviço de Ortopedia do Hospital Sousa Martins (Guarda).

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Dr. Carlos Albuquerque é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

*[Handwritten Signature]*  
Professor Doutor Carlos Pereira

CA/NC