



Laura Maria Flores Mota de Carvalho

# SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES DE UM HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre

Agosto de 2014



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Laura Maria Flores Mota de Carvalho

# SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES DE UM HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do  
grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2014

## **AGRADECIMENTOS**

Esta tese não teria sido possível sem a ajuda e apoio de muitas pessoas e estou sinceramente grata a todos os que me incentivaram neste período.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira que, desde o início, se disponibilizou para orientar este estudo e que mostrou as opções de caminho, estimulando a sua persecução, o meu genuíno agradecimento pela sua disponibilidade, mas sobretudo pela paciência, incentivo e generosidade com o seu tempo e sabedoria.

Gostaria de agradecer ao Senhor Enfermeiro Chefe José Carlos Nelas, pela orientação, conselhos e sugestões ao longo do estudo, sendo a voz da razão, quando eu sentia que perdia a minha. Gostaria também de lhe agradecer pela sua amizade e por me fazer acreditar sempre que era capaz.

Os meus agradecimentos mais sinceros e respeito para todos os profissionais do Hospital de Dia de Oncologia, por me receberem e apoiarem nesta nova etapa e desafiante papel, proporcionando um ambiente de abertura e aprendizagem incrível, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade. Sinto-me muito honrada por pertencer a esta equipa de saúde.

Gostaria de agradecer o tempo e a vontade dos nossos doentes que participaram no estudo. Os seus comentários, histórias e desabafos continuarão a moldar o nosso serviço.

À minha mãe e sogros, sempre presentes e disponíveis, sem o seu inabalável apoio e incentivo esta tese não teria sido concluída.

Ao Rui, pelo tempo que lhe roubei, pela compreensão, paciência e amor que demonstrou durante todo o tempo, pelo incentivo que sempre deu ao meu desenvolvimento académico e profissional, estando sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos, nunca reclamando das minhas ausências.

Aos meus filhos, Nuno e Bernardo, que se viram privados dos cozinhados e aconchego da mãe, que suportaram os meus stresses neste período de estudo, não usufruindo como mereciam do tempo de estar com a mãe.

Aos meus amigos, pelo alento nas horas de menor motivação.

## RESUMO

A avaliação da satisfação dos doentes tem tido uma importância crescente na avaliação da qualidade em saúde, na orientação do planeamento e gestão dos processos e recursos da saúde.

Esta investigação, de carácter descritivo-correlacional e transversal, teve como objetivos: i) medir a satisfação global dos utilizadores de um hospital de dia de oncologia; ii) avaliar a relação entre a satisfação global dos utilizadores e algumas variáveis sociodemográficas, de relação com o hospital, e relacionadas com a admissão, consulta e/ou tratamento. A amostra foi seleccionada por conveniência, incluindo 258 doentes em tratamento ativo de quimioterapia, de diferentes áreas e especialidades médicas. Aplicou-se o “Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Hospital de Dia (IAQH-HD)”, desenvolvido no âmbito desta investigação.

Os resultados revelaram que o índice de qualidade global percecionada foi satisfatório ( $67,74\% \pm 14,95$ ). As dimensões mais valorizadas foram as referentes aos Enfermeiros e cuidados diários ( $75,85\% \pm 16,92$ ) e aos Médicos ( $71,77\% \pm 21,83$ ). As dimensões com menor satisfação foram as Amenidades ( $44,69\% \pm 19,75$ ) e o Tempo ( $54,86 \pm 19,36$ ). As restantes dimensões avaliadas – Acessibilidade, Condições da estadia, Outros profissionais, Consulta e tratamentos – obtiveram percentagens a rondar os 65%. Verificou-se que por cada doente que não recomenda esta unidade, existem 126 a recomendá-la a familiares/amigos. Das correlações testadas verificou-se que: a) os homens se encontram mais satisfeitos quanto à Consulta e tratamento; b) os mais idosos estão menos satisfeitos com os Enfermeiros e cuidados diários; c) doentes com maior escolaridade estão mais satisfeitos com os Enfermeiros e cuidados diários e menos satisfeitos com as Amenidades; d) o tempo de espera pela consulta afeta a satisfação em algumas dimensões; e) se for o familiar/acompanhante a preencher o questionário pelo doente a satisfação é menor em várias dimensões.

Com este trabalho identificaram-se várias áreas prioritárias de intervenção, como por exemplo o tempo de espera para consulta e para atendimento na farmácia de ambulatório, o estacionamento e as condições da sala de espera. Constatou-se que o género, idade e escolaridade influenciam a satisfação, merecendo reflexão.

**Palavras-chave:** Qualidade em saúde; Satisfação de doentes; Hospital de Dia; Oncologia.

## ABSTRACT

The assessment of patient's satisfaction has had a growing interest in the assessment of quality in health, in the planning guidance and for the management of process and health resources.

This descriptive-correlating, transversal investigation aimed: i) to estimate the global satisfaction of users of a Oncology Day Hospital; ii) to assess the relation between global satisfaction of users and several social, demographic variables related to the hospital, related to the admission, consultation and/or to the treatment. The sample was selected by convenience, comprising 258 patients in active chemotherapy treatment, coming from different areas and medical specialities. The "Hospital Quality Assessment Tool – Day Hospital (IAQH-HD)", which was developed for this investigation, was applied.

Results showed that the index of the global quality perceived was satisfactory (67,74%±14,95). The most valorised dimensions were the ones with respect to nurses and daily care (75,85%±16,92) and to doctors (71,77%±21,83). The dimensions with less satisfaction were Amenities (44,69%±19,75) and time (54,86±19,36). The remaining assessed dimensions – Accessibility, Stay Conditions, Other professionals, Consultation and Treatments – had about 65% rates.

It was also verified that by each patient that do not recommend this unit, there are 126 recommending it to friends and family.

From tested correlations it was confirmed that: a) men are more satisfied as to Consultation and treatment; b) elderly people are less satisfied with Nurses and daily care; c) patients with larger schooling are more satisfied with Nurses and daily care but less satisfied with Amenities; d) the consultation waiting time affects satisfaction in several dimensions; e) if it is the relative/accompanying who fills in the questionnaire instead of the patient, satisfaction is smaller in several dimensions.

This work allowed the identification of prior intervention areas, for example the waiting time for a consultation and for reception in the ambulatory pharmacy, parking and the waiting room conditions. It was found that gender, age and education influence satisfaction, deserving reflection.

**Keywords:** Quality in Health; Patient's satisfaction; Day Hospital; Oncology.

## **SIGLAS**

**CDD** - Carta dos Direitos dos Doentes

**CEISUC** - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

**CHUC** - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**ECSI** - *European Customer Satisfaction Index*

**EFQM** - *European Foundation for Quality Management*

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**HD** - Hospital de Dia

**HDO** - Hospital de Dia de Oncologia

**HUC** – Hospitais da Universidade de Coimbra

**IAQH** - Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar

**IPQ** - Instituto Português da Qualidade

**OCDE** - *Organization for Economic Cooperation and Development*

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**PNS** - Plano Nacional de Saúde

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1 – Avaliação da Qualidade em Saúde .....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 2 - Definição, informação, consulta e participação ativa .....</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
<b>Gráfico 1 – Experiência anterior na unidade de saúde (n=258) .....</b>	<b>91</b>
<b>Gráfico 2 – Distribuição dos doentes por especialidade (n=258) .....</b>	<b>91</b>
<b>Gráfico 3 – Experiência anterior como doente de outra especialidade (n=258) .....</b>	<b>92</b>
<b>Gráfico 4 – Entidade referenciadora para o serviço (n=258).....</b>	<b>92</b>
<b>Gráfico 5 – Recomendação do hospital de dia a um familiar ou amigo (n=258) .....</b>	<b>100</b>
<b>Gráfico 6 – Fidelização com o hospital de dia (n=258) .....</b>	<b>101</b>



## ÍNDICE DE QUADROS

	pág.
Quadro 1. Resultados esperados com uma comunicação eficaz.....	33
Quadro 2 – Resumo dos estudos de satisfação em doentes oncológicos....	75
Quadro 3 - Descrição das variáveis sociodemográficas e de relação com o hospital (n=258).....	79
Quadro 4 - Descrição da Idade dos doentes (n=258).....	80
Quadro 5 - Análise fatorial por componentes principais do IAQH-HD com solução rodada ortogonal VARIMAX e coeficientes de consistência interna .....	84
Quadro 6 – Descrição dos tempos de espera e de duração da consulta e/ou tratamento (n=258).....	90
Quadro 7 - Descrição dos itens que compõem a secção "Ao chegar ao hospital de dia" (n=258).....	93
Quadro 8 - Descrição dos itens que compõem a secção "Admissão e registo" (n=258).....	94
Quadro 9 - Descrição dos itens que compõem a secção "Área da consulta ou tratamento" (n=258).....	94
Quadro 10 - Descrição dos itens que compõem a secção "Cuidados gerais prestados" (n=258).....	95
Quadro 11 - Descrição dos itens que compõem a secção "Informação" (n=258) .....	95
Quadro 12 - Descrição dos itens que compõem a secção "Enfermeiros(as)" (n=258) .....	96
Quadro 13 - Descrição dos itens que compõem a secção "Médicos(as)" (n=258) .....	96
Quadro 14 - Descrição dos itens que compõem a secção "Outro pessoal" (n=258) .....	97

<b>Quadro 15 - Descrição dos itens que compõem a secção "Condições da Estadia" (n=258).....</b>	<b>97</b>
<b>Quadro 16 - Descrição dos itens que compõem a secção "Opinião geral" (n=258) .....</b>	<b>98</b>
<b>Quadro 17 - Descrição dos itens que compõem a secção "Satisfação global" (n=258) .....</b>	<b>99</b>
<b>Quadro 18 - Percentagem média de satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia (n=258).....</b>	<b>102</b>
<b>Quadro 19 - Avaliação das dimensões e total da escala do "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Género" (n=258) .....</b>	<b>103</b>
<b>Quadro 20 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Idade" (n=258).....</b>	<b>104</b>
<b>Quadro 21 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Grau de Ensino" (n=258) .....</b>	<b>106</b>
<b>Quadro 22 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior.....</b>	<b>106</b>
<b>Quadro 23 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Quem preencheu o questionário" (n=258) .....</b>	<b>108</b>
<b>Quadro 24 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior.....</b>	<b>109</b>
<b>Quadro 25 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" mediante que é ou não "Utente pela primeira vez" (n=258).....</b>	<b>110</b>
<b>Quadro 26 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Tempos de espera" (n=258) .....</b>	<b>111</b>

<b>Quadro 27 - Avaliação das subescalas e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Especialidade a que veio" (n=258) .....</b>	<b>112</b>
<b>Quadro 28 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior.....</b>	<b>113</b>
<b>Quadro 29 - Categorização da resposta n.º 67 .....</b>	<b>115</b>

## ÍNDICE

	pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 ONCOLOGIA - DESAFIO ASSISTENCIAL</b> .....	<b>18</b>
1.1 DOENTE E DOENÇA ONCOLÓGICA.....	18
1.2 MODELOS DE CUIDADOS.....	22
1.3 CUIDAR-ENFERMAGEM.....	27
1.4 INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO.....	29
1.5 HOSPITAL DE DIA.....	36
<b>2 SATISFAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>41</b>
2.1 CONCEITO E IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO EM SAÚDE.....	41
2.2 SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE.....	45
2.3 DIMENSOES DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES ...	46
2.4 FATORES DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DE DOENTES.....	50
2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	56
<b>3 CIDADANIA E QUALIDADE EM SAÚDE</b> .....	<b>63</b>
<b>4 ESTUDOS E DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM AMBULATÓRIO</b> .....	<b>70</b>
<b>PARTE II - OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>76</b>
<b>1 MÉTODOS</b> .....	<b>77</b>
1.1 OBJETIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	77
1.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	78
1.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	80
1.4 PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS.....	86
1.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	86

1.5.1	Análise quantitativa .....	87
1.5.2	Análise Qualitativa .....	88
<b>PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>		<b>89</b>
<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>90</b>
1.1	ESTATÍSTICA DESCRITIVA .....	90
1.2	ESTATÍSTICA INFERENCIAL .....	102
1.3	ANÁLISE QUALITATIVA .....	113
<b>2</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>117</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>		<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>131</b>

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I – RESPOSTAS QUALITATIVAS**

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

### **ANEXO 2 – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO E PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

## INTRODUÇÃO

O cancro é uma das doenças do futuro (e do presente) que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, coloca novos problemas e desafios aos profissionais e às organizações de saúde, “reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde” (Relatório da DGS, 2013 p. 5).

Segundo dados da OCDE (2008) as projeções indicam um aumento da despesa pública em saúde de 5,7% do PIB em 2005 para 9,6% em 2050, se não forem feitos esforços para controlar as causas deste acréscimo. Em Portugal, o setor da saúde é o maior da economia portuguesa com despesas de cerca de 10% do PIB, pelo que a sua dimensão e a sua importância específica determinam uma boa gestão, capaz de criar mais valor e saúde para os portugueses. A recente evolução dos serviços de saúde, nomeadamente dos hospitais, caracteriza-se por uma mudança profunda e rápida dos modelos de gestão. Esta mudança coloca aos quadros técnicos e de gestão desafios importantes, surgindo a necessidade de procurar informação adequada e atualizada que permita tomar as melhores decisões no sentido da oportunidade e eficácia.

Associada a uma alteração do panorama epidemiológico mundial, nomeadamente no que concerne ao crescimento da incidência e prevalência das doenças crónicas, temos assistido à ênfase da necessidade de, ao nível da qualidade dos cuidados e numa perspetiva a longo prazo, se estimular, viabilizar e apoiar uma participação mais ativa e sustentada do cidadão. Esta tendência crescente para o reconhecimento e valorização da perspetiva dos utilizadores dos serviços de saúde parece, globalmente instituída, assim como a necessidade de se definirem modelos de organização e prestação de cuidados mais centrados na pessoa e no seu processo de transição saúde-doença.

Os cuidados centrados no doente oncológico são uma preocupação das instituições de saúde em geral como resposta ao documento “Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia”, elaborado pela coordenação nacional para as doenças oncológicas em 2009, dirigidos a toda a comunidade, mas mais especificamente aos profissionais de saúde, numa perspetiva holística de cuidados de saúde.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação premente, quer por parte das instituições de saúde, como dos governantes, que se vêm a braços com custos exponenciais, para os quais dispõem de recursos limitados.

As organizações devem estar assim cada vez mais comprometidas com a procura de maior competitividade, traduzida em ganhos de produtividade e melhoria da qualidade, impondo-se como grande desafio conhecer o que o utente quer, priorizando os processos que criam valor.

A valorização atribuída às várias áreas de prestação de serviços de saúde pelos destinatários constitui o critério por excelência para identificar as áreas prioritárias de melhoria, orientando a afetação dos recursos, inserindo-se num verdadeiro processo de planeamento estratégico. Permite igualmente utilizar a informação obtida num processo de gestão dos serviços de saúde centrado nos seus utilizadores, os principais beneficiados, pois passam a ter oportunidade de participar na construção de um serviço de saúde humanizado e à sua medida, ou seja mais adaptado às suas necessidades e expetativas. A perspetiva do utilizador é importante na monitorização da qualidade dos serviços de saúde, na identificação de áreas de melhoria e das expetativas em relação aos cuidados, bem como na reorganização dos serviços de saúde (Ribeiro, 2008).

No que concerne à prática diária e enquanto profissionais de saúde é frequente interrogarmo-nos se os doentes se sentem satisfeitos com os cuidados que lhes foram prestados. A satisfação dos doentes oncológicos tratados em ambulatório, não tem sido estudada em Portugal e mesmo a nível internacional os estudos são escassos.

O expressivo aumento de doentes para atendimento no Hospital de Dia de Oncologia (HDO), face ao processo de fusão organizacional, em plena fase de reorganização e redimensionamento, reforçaram a necessidade de avaliar, garantir a qualidade contínua e melhoria dos cuidados de saúde, analisando e avaliando a perceção do doente sobre os cuidados e serviços, de forma a estabelecer dados de referência para a qualidade e propostas de melhoria futuras.

Assim, este estudo tem como unidade de análise o Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (EPE) e como questão de investigação central: Como avaliam os doentes a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Hospital de Dia de Oncologia?

O principal objetivo foi avaliar a satisfação dos doentes que utilizam o HDO. O estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética e foi autorizado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foi um estudo descritivo transversal, utilizando uma perspetiva sobretudo quantitativa, mas também qualitativa. O método de amostragem foi o de conveniência, constituído pelos doentes em tratamento ativo de Quimioterapia das diversas áreas/especialidades, que foram atendidos no HDO de março a maio de 2014.

A versão modificada do IAQH-HD foi aplicada a 258 doentes adultos que recorreram ao HDO em regime de ambulatório para Quimioterapia ou rotina de acompanhamento, durante a fase de tratamento ativo. Todos os participantes receberam informação sobre o estudo, delineando o seu objetivo e propósito.

Esta dissertação consta essencialmente de três partes: a parte I, fundamentação teórica, composta por quatro subcapítulos, onde se conceptualiza: a abordagem ao doente e doença oncológica enquanto desafio assistencial multifacetado, a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde, cidadania e qualidade em saúde e no qual se abordam alguns estudos e preditores de avaliação de satisfação de doentes oncológicos atendidos em regime de ambulatório; a parte II reporta-se aos métodos, que se inicia com a caracterização da população e amostra, a apresentação do instrumento de recolha de dados,



passando pelos procedimentos éticos inerentes à recolha de dados, e procedimentos de análise de dados. A parte III consta do estudo empírico, com a apresentação dos resultados e a sua discussão. Por fim, a conclusão inclui a síntese dos resultados, as limitações propostas para a prática e investigação.

Importa, também, fazer referência que ao longo deste trabalho, será utilizado preferencialmente o termo doente, como a pessoa que necessita cuidados, sendo que por uma questão de fidelização aos autores que servem de base à pesquisa bibliográfica se poderão encontrar ao longo do texto outros termos como utente ou paciente.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 ONCOLOGIA - DESAFIO ASSISTENCIAL

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos (causa de morte prematura). O cancro é uma doença crónica que representa elevada morbilidade e mortalidade (Oliveira e Pimentel, 2008).

A sobrevivência dos doentes com cancro, as recidivas, as alterações da imagem, os tipos e duração de tratamentos, a forma como influencia as atividades de vida individuais e familiares, fazem do cancro uma doença que exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que adapte cada vez mais os cuidados às necessidades dos doentes. A sobrevivência dos doentes com cancro tem também vindo a aumentar graças a múltiplos fatores, entre os quais o desenvolvimento científico e o empenhamento dos profissionais, sendo crescente esta nova população, com problemas clínicos e sociais particulares.

Na União Europeia, a previsão realizada pela International Agency for Research on Cancer (IARC), e tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6%. Este relatório mostra ainda que, para a maioria das neoplasias, tem havido um crescimento significativo da carga assistencial a doentes com cancro nos hospitais portugueses. De acordo com este organismo, a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco determinarão um aumento da incidência de doenças oncológicas, nos próximos anos.

### 1.1 DOENTE E DOENÇA ONCOLÓGICA

Considera-se doente oncológico, qualquer pessoa a quem lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo decorrido desde esse diagnóstico ou do tipo de tratamento que se lhe seguiu.

O prolongamento da vida dos doentes oncológicos tem vindo a aumentar e “o cancro passou a ser considerado como doença crónica com períodos de

remissão (sem doença com ou sem tratamento de manutenção) e de recaída (com doença, tendo lugar tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia)” (Sá, 2003, p.23).

De acordo com o mesmo autor, verifica-se atualmente, que, a probabilidade de sobrevivência a cinco anos para a grande maioria dos cancros ultrapassa os 50% e é muito maior hoje do que há 50 anos atrás, o que vem confirmar a cada vez mais maior cronicidade desta doença.

O cancro mais comum nos homens em Portugal é o cancro colorectal, seguido do cancro da próstata, pulmão, estômago e cavidade oral (Miranda e Limbert, 2002). Nas mulheres as localizações mais frequentes são a mama, seguido do cólon e reto, estômago e útero (corpo e colo). O risco de desenvolver um cancro até aos 75 anos de idade nos homens é de 4,7% no cólon e reto e 4,3% nos pulmões, enquanto nas mulheres o risco é de 5,7% para a mama e de 2,7% para o cólon e reto (*idem*).

Estes dados confirmam que o risco de vir a ter cancro aumenta com a idade, pelo que é nas idades mais avançadas que a incidência de cancro é maior. As pessoas idosas são assim mais suscetíveis de virem a sofrer várias adversidades de uma só vez (Leo, 1994), uma vez que estes indivíduos já têm a sua qualidade de vida alterada, como consequência do seu processo normal de envelhecimento.

Existem alterações que estão associadas a esta velhice normal e saudável, como as más performances auditiva e visual, a diminuição da força física, do funcionamento de alguns órgãos e da própria atividade sexual, o que interfere obviamente na qualidade de vida destes indivíduos, independentemente de terem ou não uma doença oncológica associada (Pinto, 1999).

Desta forma, a doença oncológica num indivíduo é um dos fatores que mais interfere com a sua qualidade de vida, que fica logo afetada “desde que a doença é anunciada, devido à forte carga emocional que lhe está anexada” e devido ao fato de esta doença estar associada a um tratamento lento e por vezes complicado e doloroso, ou pior ainda, associada à ideia de morte e de sofrimento (Chantal, 2001).

Com o diagnóstico de cancro todo o processo de doença é experienciado, não só pelo doente, mas também pela sua família, como um momento de grande sofrimento, tristeza, ansiedade e angústia (Paredes *et al.*, 2008). O significado do diagnóstico de cancro para cada indivíduo é único e é influenciado pelas experiências anteriores, pessoais ou familiares com doença oncológica, grau de instrução, cultura, suporte social e informações fornecidas pelos profissionais de saúde ou transmitidas pela comunicação social (Casmarrinha, 2008).

Pais (2004) enuncia sete preocupações predominantes nos indivíduos a quem é diagnosticada uma doença oncológica, nomeadamente: preocupação com a saúde, autoavaliação, trabalho e situação económica, família e amigos, religião, parceiros e preocupações existenciais.

Segundo Raminhos (2003), alguns doentes, com personalidades ditas afirmativas e corajosas, vivenciam o diagnóstico de cancro como se de um desafio ou inimigo se tratasse, outros, experimentam sentimentos de raiva, revolta, injustiça. Muitos vivenciam sentimentos de tristeza e pesar, periódicos, sendo que outros entram em negação, depressão ou luto patológico, havendo “pessoas que fogem ao sofrimento e procuram obsessivamente o bem-estar” (Afonso, 2004). Contudo, outras aceitam o diagnóstico de cancro como “alívio” e desta forma entregam-se ao papel de doentes de forma passiva (*idem*).

Inerente ao construto doença estão as próprias crenças na saúde e na doença, bem como as experiências do passado, “no entanto, ainda hoje continua a aceitar-se que, os acontecimentos de vida podem determinar a extensão pela qual estamos atentos às mensagens e sensações corporais, influenciando a perceção e interpretação dos sintomas, bem como o conseqüente comportamento de doença” (Santos, 2006).

“Cada pessoa reage de forma diferente à doença” (Lourenço, 2004a, p.20), contudo o indivíduo passa por fases diferenciadas, como a negação, seguido de ansiedade face ao desconhecido, depressão e por fim, adaptação gradual à mesma.

Seligman (1996) refere que os resultados de diversas investigações, baseadas na prática de inúmeros profissionais identificaram três estadios

previsíveis para os doentes oncológicos, enunciados por Pereira e Lopes (2005), nomeadamente: até chegar ao diagnóstico, da aceitação do diagnóstico ao tratamento e dos tratamentos em diante. Frequentemente, só depois de ser confrontado com a quimioterapia é que a pessoa se vai consciencializando que realmente tem uma doença oncológica.

A frase «impacto destrutivo do cancro» capta o efeito devastador desse diagnóstico sobre a pessoa e a sua família (Morrison, 2001, p.70). Para além da dor física, do impacto do diagnóstico e do medo da morte, “a experiência de um doente com cancro traz, quase invariavelmente, formas de sofrimento associadas a uma rutura no quotidiano, no modo de vida e nas relações pessoais” (Sena, 2004, p.33).

Lewandowski (1988) fez um estudo sobre intervenções de enfermagem e a vivência com cancro, referindo que os indivíduos sentem a necessidade de informação, de esperança e de partilhar os sentimentos. Contudo, a autora refere que as principais necessidades do doente confrontado com o diagnóstico oncológico e o tratamento de quimioterapia, são de conhecer o prognóstico, a necessidade que as perguntas sejam respondidas honestamente e de forma compreensível, sentir que há esperança e também demonstram a necessidade de compreender porque é que determinados procedimentos estão a ser aplicados (Martins, 2000).

O tratamento do cancro é avaliado individualmente de acordo com o tipo de neoplasia, estadio, grau e as características do próprio indivíduo. Contudo, são privilegiados os tratamentos de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e/ou cirurgia. Estes tratamentos variam consoante a patologia entre outros fatores (localização, resistência, tamanho do tumor, etc.). Sendo estes os tratamentos mais usados em oncologia, o impacto que têm na sociedade é bastante penoso e, de acordo com Horne (1998), “as crenças negativas sobre os tratamentos da doença oncológica (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia) implicarão resultados físicos e emocionais mais desfavoráveis.”

A resposta ao impacto do diagnóstico de doença oncológica varia de indivíduo para indivíduo e existem, segundo Belcher (1997) fatores que

condicionam esta resposta, como os estágios de desenvolvimento da pessoa, o nível socioeconómico, o nível de maturidade, o desenvolvimento psicológico, o grau de educação, o sistema de apoio e os recursos. De acordo com Victória (2001a) “viver na incerteza é o principal desafio enfrentado por qualquer pessoa que recebe o diagnóstico de cancro e por aqueles que com ela se relacionam, pois o cancro não é apenas uma doença, mas representa um dos maiores medos da humanidade”. Esta autora é da opinião que “quem trabalha na saúde, quem contacta todos os dias com doentes, com maior ou menor sofrimento, sabe que cada pessoa sente de uma forma diferente do outro, porque este outro tem uma vivência própria, tem um objetivo de vida próprio, tem uma espiritualidade própria” (Lourenço, 2004a, p.107).

Em contexto de saúde respeitar o doente “é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial” (Lazure, 1994).

## 1.2 MODELOS DE CUIDADOS

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, é descrito que o “aumento de doentes crónicos, pluripatológicos e a alteração dos padrões de morbilidade, tornam o modelo assistencial convencional desajustado”. Neste contexto de mudança, os atuais modelos de organização dos hospitais poderão prejudicar a adoção de estratégias competitivas, para enfrentar estes desafios e a definição de um novo modelo assistencial de forma a ajustar às novas tendências de prestação de cuidados e às exigências da procura, através de iniciativas de desenvolvimento programas de gestão das doenças crónicas, onde por via da sobrevivência ao cancro cada vez mais se enquadra a doença oncológica.

De acordo com a publicação do *Healthcare Improvement* os cuidados centrados no doente consistem num tipo de cuidado que tem o doente como o verdadeiro centro da sua ação e que considera as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, a situação familiar e seus estilos de vida, como

elementos a ter em conta em todas as fases do processo. Isso torna o doente, os seus familiares e pessoas significativas, como parte integrante da equipa de assistência que juntamente com os profissionais de saúde colaboram na tomada de decisões.

A sua filosofia dos cuidados baseia-se num modelo de prestação de cuidados em que o doente é participante ativo do seu processo de doença e cura e em que a sua dimensão é envolvida em todos os cuidados prestados, adquirindo por isso um plano de cuidados único e individual. A comunicação e a confiança nos profissionais de saúde são de vital importância (Lopes, 2011).

Os cuidados centrados no doente e na sua família deverão ser considerados de forma abrangente, como tal foco dos cuidados integrados por parte de todos os profissionais do local onde o doente está a ser acompanhado. Devem basear-se na comunicação, envolver os doentes e familiares nas opções de tratamento, nos potenciais resultados e em todos os aspetos do seu tratamento, incentivando a procura da melhor solução na gestão do mesmo.

Este modelo de cuidados exige que se forneça a todo o pessoal, formação em relações interpessoais e na capacidade de demonstrarem por todos os doentes e pessoas que com ele se relacionam o maior respeito sem, contudo caírem na condescendência (McKarens, 2007).

A tipologia de cuidados em oncologia tem, necessariamente, que ser diferente de outras patologias pois a doença tem muitas outras implicações, em diferentes áreas tão diferentes como a genética, a psicologia, a economia, a vida social e cultural e a vida familiar.

O documento elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CCDO), em dezembro de 2009, enuncia requisitos para a prestação de cuidados em oncologia, pretende estabelecer a “matriz” de avaliação das instituições e serviços que prestam cuidados a doentes oncológicos. Este organismo define requisitos gerais onde se inclui a reunião de orientação multidisciplinar, protocolos terapêuticos, continuidade de cuidados, diagnóstico anátomo-patológico, Comissão de Coordenação Oncológica (CCO), integralidade dos tratamentos, registos oncológicos e autoavaliação anual de indicadores de



qualidade e define alguns requisitos específicos, quanto aos tratamentos que são efetuados em oncologia: cirurgia, radioterapia e oncologia médica.

Lopes (2011), salienta que os cuidados centrados no doente implicam a partilha da responsabilidade com os doentes em aspetos importantes como o autocuidado e o acompanhamento na terapêutica, assim como as ferramentas e o suporte de que necessitam para esse processo de envolvimento e responsabilização, assegurando que as transições entre os prestadores de cuidados, departamentos e instituições de saúde são respeitadas, coordenadas e eficazes.

Avançar com este modelo de cuidados constitui um desafio multifacetado e as organizações começam a empreender esforços para identificar as melhores práticas e mudanças no sistema em três áreas: i) envolvimento dos doentes e seus familiares no projeto de atendimento; ii) fiabilidade na satisfação das necessidades e preferências do doente; iii) informação e tomada de decisão compartilhada.

A Change Foundation (2008), com sede em Ontário, tem desenvolvido algum trabalho nesta área e, de acordo com os estudos efetuados, para um melhor entendimento da perspectiva da experiência dos doentes, aponta alguns elementos que os doentes identificam como importantes nos seus cuidados, nomeadamente: i) o **cuidado compreensivo** (o cuidado às necessidades na sua globalidade e não apenas em parte delas); ii) **coordenação dos cuidados** (prestador de referência, a quem recorrer e que o pode ajudar no sistema de saúde); iii) **oportunidade** (cuidados devem ser prestados quando os doentes deles precisam e quando é necessário uma sequência de serviços e os intervalos deverão ser curtos); iv) **informação em saúde** (providenciar a informação e assegurar que a informação está disponível para consulta); v) **comunicação clara e fiável** (ouvir, explicar, clarificar e assegurar que a equipa de prestação de cuidados está em sintonia); vi) **conveniência** (minimizar a necessidade de recorrer a diferentes locais para os serviços, acessos amplos, agendamentos); vii) **respeito** (pelo tempo, pelas capacidades cognitivas de cada indivíduo, pela veracidade das suas histórias, pelo retorno sobre qualidade e efetividade, pelo

ambiente do doente e seus familiares); viii) **empatia e compreensão** pelas circunstâncias, medos, esperanças, estado psicológico); ix) **tempo** (para expressar as suas necessidades e ser efetivamente escutado); x) **justiça** (quantidade e pontualidade do serviço compatível com a necessidade).

Este modelo requer um ajustamento cultural e exige algumas atitudes e comportamentos de vontade de participar dos profissionais e organizações de saúde, que podem acelerar a eficácia dos cuidados centrados no doente, entre os quais se destacam: i) em **equipas não hierárquicas** de modo a garantir que os doentes usufruam de cuidados **bem integrados e adequados**; ii) vontade de adotar uma estrutura de incentivos que motiva a disponibilizar **o tempo adequado a doentes com necessidades complexas**; iii) **confiança e encorajamento** aos doentes que desejam ser ativamente envolvidos na gestão da sua própria saúde; iv) compromisso com a **organização do sistema de prestação de cuidados** em tempo útil e adoção de ferramentas e técnicas que dão prioridade no acesso do paciente em vez da conveniência do prestador de cuidados fornecedor; v) vontade de **corrigir as falhas** em qualquer um dos principais **indicadores** dos cuidados centrados no doente e suas **dimensões** e aplicar de imediato soluções; vi) acolher **as tecnologias de informação** em saúde e outras tecnologias que aceleram a comunicação, fluxos e eficiência (Lewis, 2009).

Na opinião destes autores essas atitudes e comportamentos são essencialmente aspetos não técnicos do trabalho. Uma das características deste modelo reside no fato de abordar uma resposta de natureza global e evitar a fragmentação que decorre de uma prática secular, quando os profissionais colocaram a autonomia clínica no centro de identidade profissional. Enquanto o exercício de julgamento clínico é fundamental para a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, a autonomia clínica absoluta constitui um entrave a um sistema integrado que deseja oferecer os melhores cuidados de saúde. Este domínio dos cuidados tem sido alvo de uma evolução constante, como se pode encontrar na diversa literatura.

No domínio da relação médico-doente tem sido normalmente aceite que, historicamente predominou um tipo de relação usualmente designada de paternalista (Laranjeira, 2007).

Nesta relação, o doente é colocado num papel passivo e dependente, apenas devendo colaborar com o médico com vista à sua cura (Brody, 1980), ao passo que o médico define prioridades, toma a iniciativa de avaliar o estado de saúde do doente e controla-o com autonomia e dominância profissional, graças ao *corpus* de conhecimento que é detentor (Dias, 1997).

No século XVIII começaram a esboçar-se as primeiras críticas à conceção paternalista da relação médico-doente, sendo que uma das primeiras figuras a contestar esta conceção foi John Gregory, professor de prática médica que defendeu que o ser humano adulto tem direito a receber informação médica e a decidir sobre o seu corpo, a sua saúde e a sua vida (Beauchamps e McCullough, 1987). Esta relação entre profissionais de saúde e doente modificou-se, fundamentalmente devido à mudança operada ao nível dos modelos tradicionais da relação médico-doente, ao maior tempo de sobrevivência dos doentes oncológicos, como resultado dos admiráveis progressos da medicina, ao nível do diagnóstico e do tratamento, bem como pelas enormes alterações sociais e culturais que atribuíram realce aos direitos e liberdades individuais (Laranjeiro, 2007).

Existem diversos modelos esquematizados em 1992 por Ezequiel e Linda Emanuel (baseados nos modelos propostos pelo Professor Robert Veatch) em 1972, estes propuseram o modelo paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo, de acordo com o grau de envolvimento do doente ao longo de todo o processo. Segundo Emanuel (1992), no modelo paternalista o médico toma as decisões pelo doente, sem levar em linha de conta os valores, crenças e vontade do último; o médico usa as suas capacidades científicas para avaliar o doente e decidir o melhor tratamento, assume-se como o guardião e incita o doente a permitir e aceitar a proposta por ele efetuada. No modelo informativo o médico assume-se como um especialista no assunto a tratar e dota o doente das informações para que este decida qual a atitude a tomar. Neste modelo o médico

mantém a sua autoridade, mas transfere para o doente a responsabilidade da decisão. No modelo interpretativo o médico interpreta as crenças, valores do doente e propõe o tratamento que julga mais adequado para o doente e situação em concreto, aqui o médico atua como um conselheiro que mantém a obrigação de informar, mas também de aconselhar. O modelo deliberativo é muito semelhante ao modelo interpretativo com a diferença de o médico atuar como um amigo ou professor, persuadindo o doente a aceitar a proposta efetuada com base nos seus valores e crenças, bem como na situação da sua saúde. Pretende-se que nos cuidados centrados no doente os modelos adotados pelos médicos e restante equipa de saúde se situem entre o modelo interpretativo e deliberativo.

Lopes (2011) refere ainda que embora os doentes nem sempre sejam capazes de avaliar com precisão a qualidade clínica do atendimento, ou se as boas práticas estão a ser cumpridas, a segurança dos doentes e a qualidade clínica são fundamentais para uma abordagem centrada no doente. Os cuidados centrados no doente não substituem a prática de uma medicina excelente antes pelo contrário, complementa a excelência clínica e contribui para parcerias e comunicação eficazes (*idem*).

### 1.3 CUIDAR-ENFERMAGEM

A relação de ajuda “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa” (Phaneuf, 1995, p. 4). A compreensão e o respeito dos valores, preferências e necessidades expressas dos doentes, são os alicerces dos cuidados centrados no doente.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu em 2003 um conjunto de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem tendo dois principais objetivos: i) Melhoria dos cuidados prestados à população; ii) Um instrumento de reflexão da prática do exercício profissional dos enfermeiros.

Estes padrões de qualidade têm na sua base a saúde de uma forma geral, a pessoa e, mais concretamente, o doente, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Foram definidos seis enunciados descritivos que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem; i) a satisfação do doente; ii) a promoção da saúde; iii) a prevenção de complicações; iv) o bem-estar e o autocuidado dos clientes; v) a readaptação funcional; vi) a organização dos serviços (*idem*).

Os enfermeiros têm um papel fundamental, pela proximidade que têm com o doente e família, pelo que devem assumir o papel de interlocutor no contexto da equipa. As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for o alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando visam a alteração de comportamentos, tendo como objetivos a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Quando analisamos o foco de atenção da disciplina de enfermagem podemos considerá-lo como estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida. O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida a partir do qual se viabiliza um processo de cuidados em parceria com o doente/família, sendo este baseado na inter-relação pessoal (*ibidem*).

Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências de funcionamento das pessoas em situação de dependência na realização das atividades de vida, orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o autocontrolo, o autocuidado, o stress, coping, a dor, as perturbações da memória e da atividade psicomotora, a adesão ao regime terapêutico, os processos de interação com a família, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis (OE, 2003).

Nesta perspetiva, os enfermeiros devem providenciar que a sua ação seja dirigida para: i) satisfação das necessidades humanas fundamentais; ii) a máxima independência na realização das atividades de vida; iii) os processos de

readaptação e adaptação funcional aos défices; iv) os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa entende livremente como seus; v) através de uma abordagem sistémica e sistemática, num processo de tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, família e comunidade (*idem*).

Depois de identificada a problemática do doente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, os enfermeiros devem incorporar os resultados da investigação na sua prática. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas dão forma à boa prática de enfermagem. Para diferentes pessoas existem diferentes cuidados, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com as diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

#### 1.4 INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO

Os doentes com cancro procuram informação não apenas para conhecerem a sua doença, mas também para encontrar alguma esperança. Relativamente à forma de a transmitir, deve-se ter em atenção a personalidade do doente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças (Parente, 2004).

Aprovada pela OMS em 1966 e pelo Ministério da Saúde Português em 1997 a Carta de Direitos do Doente (CDD) reporta-se a vários direitos que visam proteger a autonomia do doente, sendo que, especificamente no art.º 6.º consta que “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde” (Martins, 2007a).

Encontram-se na literatura vários estudos que demonstram que os doentes desejam ser informados (Doyal, 2001; Martins, 2003).

Os defensores destes posicionamentos têm procurado realizar numerosas investigações, no intuito de comprovar cientificamente a necessidade de oferecer um maior nível de informação ao doente oncológico (Laranjeira, 2007).

Outro fator que faz despertar o interesse pela informação médico-doente, é o fato de atualmente, o cancro ser inserido no contexto das doenças crónicas, o que pressupõe um contato periódico e prolongado entre médico-doente, dificultando naturalmente o recurso a estratégias de ocultação da informação por parte dos profissionais de saúde (Durá, 1990; Carapinheiro, 1993). Estas mudanças de atitude, quer por parte dos médicos, quer dos doentes, conduziram a questões de natureza polémica entre as quais se inserem a de saber se os doentes querem realmente saber a verdade e, também, que consequências, positivas ou negativas, poderá ter o facto de se revelar o diagnóstico a um doente oncológico (Dias,1997).

Ao doente tanto assiste o direito de conhecer a verdade sobre a sua doença como o de a não conhecer, cabe ao médico a tarefa de, mediante o diálogo, descobrir com o maior rigor possível, qual é a verdadeira posição do doente face ao exercício desse direito. Entendendo que o doente quer ser informado sobre o seu estado de saúde e quais os tratamentos que deverá seguir, convém ressaltar que, de acordo com a CDD se deve ter em linha de conta, não apenas a quantidade de informação que se transmite ao doente, mas também a forma através da qual é feita, uma vez que “informar não é apenas transmitir informação. Informar pressupõe uma atitude profissional de quem transmite, acompanhando o doente e pessoas significativas nas vicissitudes do seu processo de adaptação à informação” (Parente, 2004, p.23).

Os doentes oncológicos procuram informação acerca da causa, diagnóstico, tratamentos, prognósticos e aspetos psicossociais da sua doença. Mas estas necessidades variam consoante os doentes e muda ao longo do tempo.

A informação fornecida ao doente deve estar de acordo com o tipo e o estadio da doença, deve ter em consideração os fatores individuais como a idade, o sexo e identificação cultural. Em geral, os benefícios em fornecer aos doentes

informação incluem o aumento da satisfação, a diminuição da ansiedade e o aumento da capacidade de coping (Arraras *et al.*, 2010). Na altura do diagnóstico, os doentes procuram esclarecimento, mas necessitam de tempo para entender e absorver os detalhes e as implicações.

Na fase entre o diagnóstico e tratamento procuram informação detalhada sobre prognósticos, opções de tratamento, efeitos secundários e mudanças nas atividades de vida diária. Depois do tratamento a quantidade de informação procurada é menor e prende-se com fatores psicossociais, de reabilitação, recuperação e recorrência.

Pegacha (1999) salienta que um doente bem informado, além de se sentir mais satisfeito, também estará motivado e preparado para o envolvimento que a planificação dos cuidados requer. É essencial transmitir ao doente oncológico informação adequada e verdadeira sobre os cuidados que deve ter, oferecendo uma explicação sobre o seu estado de saúde e os procedimentos médicos de que vai ser alvo (Pereira e Lopes, 2005).

O objetivo da troca de informações é o doente entender e ser entendido. Muitas vezes a equipa de saúde não entende as necessidades de informação dos doentes e conseqüentemente não fornece a informação necessária ou aquela que o doente acha útil. Na partilha de informação os profissionais utilizam, muitas vezes, termos clínicos que os doentes não entendem pelo que não ficam esclarecidos. Numerosos estudos têm procurado demonstrar que dar informações aos doentes tem conseqüências positivas (Laranjeira, 1997).

A comunicação durante a prestação de cuidados ao doente oncológico é caracterizada por um esforço efetivo por parte da equipa de saúde em elucidá-los de modo a atenuar as suas preocupações e encorajar uma participação mais ativa. Tem como conseqüência não só uma maior e melhor adesão aos tratamentos, qualidade de vida nas populações com e sem cancro, mas também uma maior satisfação com a equipa de saúde responsável pelo acompanhamento (Epstein *et al.*, 2007).

A comunicação entre equipa multidisciplinar e o doente/família é um elemento fundamental e que deve estar sempre presente ao longo de todo o



processo. Contudo, em oncologia, esta comunicação ganha outra dimensão, visto que a doença afeta a pessoa e família em todas as suas dimensões biopsicossociais, muitas das vezes por períodos de tempo bastante prolongados e com fenómenos mais ou menos frequentes, como alterações da imagem corporal e incerteza quanto ao futuro (*idem*).

Tendo como objetivo principal ajudar o doente, a comunicação tem particular relevância: i) na receção de más notícias; ii) na redução do impacto emocional ao conhecer que tem uma doença potencialmente letal; iii) na perceção e aquisição de informação complexa; iv) na aprendizagem do modo como comunicar com diferentes profissionais de saúde; v) no modo como lidar com a incerteza enquanto mantêm a esperança; vi) na construção da confiança que irá sustentar as longas relações com a equipa de saúde; vii) no tomar decisões conscientes e informadas sobre as possibilidades de tratamento, incluindo a participação em ensaios clínicos; viii) na adoção de hábitos de vida saudáveis (Lopes, 2011).

No caso específico da comunicação de más notícias, esta tem alvo de estudo e de alguma investigação em oncologia. Frequentemente, embora não esteja em causa a capacidade de os clínicos saberem como comunicar más notícias, o modo como o fazem causa no doente desconforto, medo ou ansiedade. É frequente que os doentes referiram que as notícias são transmitidas de forma “fria”, distante, impessoal, evasiva, indireta. A comunicação de más notícias está frequentemente ligada à discussão do prognóstico e o modo como esta informação é dada permite ao doente efetuar boas escolhas quanto aos tratamentos, planear a sua vida e receber os melhores cuidados paliativos. A comunicação do prognóstico depende da habilidade do médico estimar o tempo esperado de vida, o desejo ou não do doente saber o prognóstico e a vontade do médico de querer ou não divulgar toda a verdade do diagnóstico (*idem*).

Nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência o doente contacta com vários profissionais de uma forma mais assídua, consistente e duradoura, o que muitas vezes se traduz numa relação mais forte e de maior proximidade.

A comunicação eficaz e centrada no doente permite uma melhoria do seu bem-estar geral, leva à redução do seu sofrimento e à promoção da saúde de uma forma global. Epstein (2007) define alguns resultados esperados, no que diz respeito: à comunicação, aos intervenientes, aos resultados em saúde e às consequências sociais.

Quadro 1. Resultados esperados com uma comunicação eficaz

À comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação forte entre doente/família e médico que poderá traduzir-se em maior confiança, respeito, respeito, envolvimento;</li> <li>- Troca de informação efetiva o que levará mais facilmente à recordação da informação e ao sentir reconhecimento e compreensão;</li> <li>- Validação de emoções;</li> <li>- Reconhecimento, compreensão e tolerância acerca da incerteza;</li> <li>- Participação do doente na tomada de decisão;</li> <li>- Coordenação de cuidados.</li> </ul>
Aos intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortes alianças terapêuticas;</li> <li>- Conhecimento e compreensão do doente;</li> <li>- Autogestão de emoções;</li> <li>- Decisões médicas de elevada qualidade (tomadas com evidência clínica, de acordo com os valores do doente e aprovadas mutuamente);</li> <li>- Apoio familiar;</li> <li>- Adesão a hábitos de saúde e autocuidado;</li> <li>- Acesso aos cuidados e o uso efetivo do sistema de saúde.</li> </ul>
Aos resultados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrevivência e tempo livre de doença:               <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Prevenção e deteção precoce de cancro;</li> <li>ii. Diagnósticos precisos;</li> <li>iii. Manutenção da remissão.</li> </ol> </li> <li>- Qualidade de vida relacionada com a saúde:               <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Funcionamento dos papéis cognitivo, físico, mental e social;</li> <li>ii. Bem-estar físico e emocional;</li> <li>iii. Perceções de saúde.</li> </ol> </li> </ul>
Às consequências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Custo efetivo da utilização dos serviços de saúde;</li> <li>- Redução das disparidades na saúde e nos cuidados de saúde;</li> <li>- Prática ética.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Epstein (2007)

Segundo o mesmo autor a comunicação entre equipa de saúde e doente deve contribuir positivamente para que ocorra pelo menos, um de três conjuntos de resultados supra citados. E de acordo com a fase da doença em que o doente se encontra os comportamentos de comunicação da equipa de saúde também se deverão adaptar de modo a melhorar a sobrevivência e aumentar a qualidade de vida durante cada fase da doença oncológica.

A comunicação nos cuidados centrados no doente assenta em seis pontos fundamentais: i) fomentar as relações de cura; ii) proporcionar a troca de informações; iii) responder a emoções; iv) fazer a gestão da incerteza; v) ajudar na tomada de decisões; vi) capacitar a gestão autossuficiente do doente (Epstein, 2007).

Destas funções achou-se ainda pertinente efetuar uma chamada de atenção em relação à tomada de decisões e à resposta a emoções, por serem elementos em que os interlocutores investem no âmbito assistencial.

No tratamento do cancro existem três fases decisivas para a tomada de decisão por parte dos doentes. A primeira diz respeito ao rastreio e à vontade ou não de o efetuar, a segunda diz respeito às opções de tratamento propostas, por exemplo quimioterapia e, por último, quanto à decisão de fim de vida (Epstein *et al.*, 2007).

Estudos indicam que alguns doentes preferem ter um papel ativo e de colaboração na tomada de decisão, enquanto outros preferem que seja o médico a fazer a escolha final. Na doença oncológica um dos fatores chave que afeta a tomada da decisão é a gravidade da doença, ou seja quanto mais grave o estado do doente mais este prefere delegar nos médicos as decisões. Outro fator prende-se com a idade e nível de educação. Os doentes mais idosos e com menos literacia preferem o modelo paternalista, enquanto os mais novos e com nível de instrução mais elevado preferem ter um papel mais ativo na tomada de decisão (*idem*).

No que se refere ao doente oncológico, os recursos para apoiar os doentes na tomada de decisão (folhetos informativos, documentação sobre os tratamentos, testemunhos) devem levar em conta os valores dos doentes e sobretudo, a capacidade que estes têm de absorver a quantidade de informação que é fornecida, bem como a complexidade da mesma. Estes auxiliares de decisão podem ajudar na comunicação entre médico e doente, no que diz respeito às preferências de tratamento, o que por sua vez melhora a satisfação do doente (*ibidem*).

Ainda segundo o mesmo autor, no que diz respeito ao fim de vida, considera-se de extrema importância o envolvimento do doente na tomada de decisões que a ele se referem. Vários estudos sugerem que as discussões sobre as decisões referentes ao fim de vida são muitas vezes inadequadas e que os médicos subvalorizam a vontade dos doentes em participar nas mesmas. As decisões que dizem respeito ao fim de vida podem dividir-se em três áreas fundamentais: a descontinuidade de terapias curativas, as diretrizes para os cuidados no fim de vida (cuidados em casa/ hospital), diretrizes avançadas (níveis de incapacidade, reanimação). Em todas estas áreas deve ser envolvido o doente e família não só porque esta é parte integrante e fundamental do doente, mas também para que possa defender, compreender ou aceitar as atitudes tomadas pelo doente no fim de vida.

Uma das principais características no tratamento do cancro é a comunicação afetiva entre médico e doente. O diagnóstico de cancro ganha particular dimensão para os doentes pois apresenta-se como um diagnóstico que é ameaçador de vida, com tratamentos de alguma incerteza na sua eficácia, com potenciais efeitos debilitantes e com incerteza em relação ao futuro.

De acordo com Lopes (2011) a gestão das emoções nos cuidados aos doentes com cancro, pode ser descrita em três grandes áreas:

1) Os benefícios psicológicos da expressão das emoções durante a consulta.

Os doentes que partilham emoções na consulta médica apresentam, em geral, maiores benefícios do que aqueles que as escondem. O uso do humor foi entendido como um fator que diminui a ansiedade e o stress e aumenta os níveis de conforto e as narrativas sobre as suas experiências durante a doença ajudam a diminuir o stress emocional. No entanto há que ser prudente pois se o humor pode trazer benefícios para a maioria dos doentes, outros doentes podem considerar o humor como desrespeitoso ou até falta de reconhecimento do médico pelo seu estado de saúde, há que conhecer bem o doente e as suas particularidades.

2) Resposta da equipa de saúde ao estado emocional do doente.

A maioria dos doentes aprecia que lhe seja dado este apoio e à sua família, pois gosta que a sua equipa de saúde se interesse pelo seu bem-estar emocional. Como o cancro é uma doença com grande impacto emocional em todos os membros da família nuclear, a equipa de saúde deve incentivar que os familiares façam a libertação do stress emocional e de experiências. Muitas vezes as equipas não estão preparadas, por falta de tempo, de condições físicas do local e capacidade de autogestão de emoções. A expressão de emoções fica facilitada se o médico usar técnicas como as questões abertas, focar ou clarificar aspetos psicológicos, e usar declarações empáticas.

### 3) Bem-estar do doente como resultado da comunicação entre médico e doente.

Os estilos de comunicação do médico e doente podem influenciar o bem-estar emocional em particular se o doente se apercebe que os cuidados que lhe são prestados estão efetivamente centrados nele em oposição ao modelo paternalista. Uma comunicação que reduz ansiedade é aquela que prepara o doente para o diagnóstico, que fornece ao doente a informação necessária para que possa tomar decisões, que discute opções de tratamento e sentimentos e que transmite uma sensação de conforto ao doente.

Esta relação entre profissionais de saúde e doente modificou-se, fundamentalmente devido à mudança a nível dos modelos tradicionais da relação médico-doente, ao maior tempo de sobrevivência dos doentes oncológicos, como resultado dos admiráveis progressos da medicina (nível do diagnóstico, tratamento), bem como pelas enormes alterações sociais e culturais que atribuíram realce aos direitos e liberdades individuais (Laranjeira, 2007; Martins, 2007b).

## 1.5 HOSPITAL DE DIA

A DGS define hospital de dia como sendo um serviço de um estabelecimento de saúde, onde os utentes recebem, de forma programada,

cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite (Ataíde, 2004).

De acordo com dados da DGS (2013), no capítulo que descreve a evolução e referente à produção hospitalar, a administração de radioterapia e quimioterapia é feita quase totalmente em ambulatório (hospital de dia), sendo o número de sessões de radioterapia e quimioterapia em internamento quase residual, pelo que considera ter havido uma “ambulatorização” dos cuidados prestados aos doentes oncológicos.

Nas duas últimas décadas tem-se verificado uma transformação significativa relativamente à conceção de hospital no *continuum* dos cuidados de saúde, valoriza-se cada vez mais a flexibilidade, com o surgimento constante de novas tecnologias, novos meios complementares de diagnóstico e novos tratamentos. A valorização constante da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes, bem como as novas políticas de gestão da saúde, têm dado contributos positivos à nova missão hospitalar no conjunto da prestação dos cuidados de saúde em Portugal (DGS, 2004).

As instituições hospitalares devem estar organizadas numa estrutura dinâmica, que permita uma adaptação constante e em tempo útil ao seu meio envolvente, facilitando um atendimento integral de cuidados de saúde que cada doente necessite a cada momento.

No contexto atual, onde é prioritário reduzir os custos com a saúde, há uma necessidade em diminuir os dias de internamento. Assim surgem os Hospitais de Dia, unidades funcionais, que vieram demonstrar os seus benefícios clínicos e a sua rentabilidade social, pois permitem melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir os custos inerentes ao internamento hospitalar tradicional.

Em Portugal, o primeiro Hospital de Dia, iniciou o seu funcionamento em abril de 1967, integrado no Hospital Júlio de Matos. Desde então, os hospitais de dia tiveram um grande desenvolvimento e alargaram-se a várias áreas, onde se inclui a psiquiatria, a oncologia e até mesmo a cirurgia de ambulatório.

O hospital de dia é uma estrutura organizacional com um espaço físico próprio, dotado de meios técnicos e humanos qualificados que visa a prestação

de cuidados de saúde em ambulatório por um período não superior a 12 horas, de forma programada, em alternativa à hospitalização tradicional, pretendendo proporcionar um atendimento especializado e tecnicamente qualificado a cada doente.

A missão dos Hospitais de Dia é a prestação de cuidados de saúde aos utentes de forma programada, em ambulatório de forma a proporcionar ganhos na qualidade assistencial aos utilizadores. Tem como principal objetivo fornecer aos utentes um atendimento especializado e tecnicamente qualificado em regime de ambulatório. Pretende-se adaptar a complexa assistência hospitalar às necessidades do doente, através do atendimento continuado e facilitar um acesso rápido e eficaz ao sistema de saúde, mantendo um seguimento contínuo de cuidados de saúde, e obter ganhos em saúde relativamente à dimensão física, psicológica e social dos doentes (Costa,2011).

A função destas unidades é a realização de tratamentos, permitindo a administração de fármacos que podem ser usados em ambulatório, mas que requerem o recurso a uma via parentérica ou outras e uma vigilância de potenciais efeitos adversos e tratamentos através da utilização de cateteres venosos centrais para quimioterapia, hormonoterapia e imuno-hemoterapia. Outra função destas unidades é a realização de explorações diagnósticas especiais/exames de estadiamento de doença (medulograma, biópsias ósseas, etc) que necessitem de vigilância imediata e pode ainda proceder-se à monitorização e vigilância clínica de curta duração (até 12 horas).

Estas unidades podem desempenhar um papel importante na promoção da educação em saúde, contribuindo para a adesão aos tratamentos.

O âmbito do funcionamento do hospital de dia assenta nas seguintes dimensões:

*Dimensão Social* - mantendo o doente na comunidade diminuindo o absentismo, a dependência e aumentando a qualidade de vida;

*Dimensão Económica* - pretende-se evitar ou reduzir os internamentos, promovendo a alta precoce, reduzir a demora média, otimizando os recursos de forma a aumentar a eficiência;

*Dimensão Técnica* - é o conjunto de procedimentos que decorre do âmbito polivalente ou mais específico (monotemático), em função das necessidades e da própria realidade de cada hospital, do tipo de patologias e do grupo etário dos doentes, para diferentes especialidades.

O Hospital de Dia deve dispor de condições físicas, funcionais e de conforto para que os cuidados de saúde prestados, médicos/psicológicos e sociais possam ser prestados facilitando as relações interpessoais.

As instalações e equipamentos devem ser adequados aos procedimentos realizados nas diferentes valências do Hospital de Dia.

A sua localização deve ser de fácil acesso com saída direta para a rua, permitindo um circuito fácil e rápido com os serviços com que se articula. É importante possuir um secretariado próprio que proceda ao agendamento dos doentes, que garanta o registo e as marcações de todos os procedimentos executados e que forneça todos os elementos para a gestão.

Para o doente, o internamento através do hospital de dia tem a vantagem de permitir que o seu contacto seja mais rápido e eventualmente menos traumatizante. O internamento feito em hospital de dia, permite que os doentes permaneçam mais tempo no seu meio habitual, mantendo o contacto com a família e amigos e mantendo também a atividade laboral, ainda que por vezes de forma parcial (Ferreira *et al.*, 1999). Por outro lado, isso também desdramatiza a doença, uma vez que evita o isolamento e a discriminação que muitas vezes acompanham a doença oncológica. O estudo realizado por Baldwin e colaboradores (1993), permitiu concluir que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes, nomeadamente idosos com patologias do foro oncológico, não são afetadas quando se substitui o internamento tradicional pela prestação de cuidados de saúde ambulatoriais. A vantagem de haver um hospital de dia para a instituição de saúde, consiste no fato de este serviço ficar menos caro que uma hospitalização “clássica”, e uma boa rentabilização dos recursos é algo cada vez mais importante. Para a comunidade, a vantagem da criação de um hospital de dia, consiste no fato de, por um lado corresponder à satisfação de uma necessidade da população, e por outro, relança a imagem do hospital como um



sistema aberto, em que se tenta fazer uma aproximação entre o tratamento hospitalar e o meio social e familiar dos doentes e a comunidade.

## 2 SATISFAÇÃO EM SAÚDE

A satisfação dos clientes é um indicador fundamental na gestão das organizações, conduzindo a decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados, sendo a satisfação uma medida de desempenho organizacional (Hespanhol, 2008).

### 2.1 CONCEITO E IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO EM SAÚDE

O conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a sua natureza multidimensional. Há uma diversidade de fatores que podem influenciar o grau de satisfação das pessoas: os atributos do próprio indivíduo, as experiências vividas anteriormente, as variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos e as suas próprias expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação. A título conclusivo, poderá dizer-se que é um conceito dinâmico, subjetivo e com um forte valor cultural que sofre mutações constantes (Ribeiro, 2003).

O termo satisfação tem a sua proveniência do latim “*satisfactio*” e traduz o ato, o efeito de satisfazer, significando saciedade ou sentimento de bem-estar que se manifesta nas pessoas, como resultado da realização do esperado ou desejado, sob a forma de alegria, contentamento, agrado e aprazimento; de um modo genérico é um sentimento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera e/ou deseja, do bom êxito de qualquer atividade. É um conceito subjetivo, dinâmico, com diferentes significados, em diferentes contextos e com forte valor cultural.

Da pesquisa efetuada salientam-se algumas das definições de satisfação:

“A satisfação dos utilizadores refere-se à sua satisfação relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados. Pode dizer-se que o utilizador está satisfeito quando a sua experiência atual de interação com o serviço superou as suas expectativas” (Lobo, 2008).

“Satisfação do utilizador com os cuidados de saúde constitui a avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde que são prestados, podendo ser definida como o grau de congruência entre as expectativas do utilizador e a sua perceção da qualidade dos cuidados que lhe são prestados” (Pedro *et al.*, 2010).

“A satisfação com os cuidados de saúde fundamenta-se na forma como eles são: adequados, apropriados, aceitáveis e agradáveis podendo também ser entendida como uma “observação da discrepância entre a expectativa do serviço e a experiência dos doentes pelo serviço recebido” (Lucas, 2002).

“A satisfação do doente é um termo sumário que, numa perspetiva teórica, se refere ao conjunto variado de reações deste em relação à experiência dos cuidados de saúde e tem em si uma utilização complexa, ou seja é entendido sob vários ângulos, assumindo diferentes significados em diferentes contextos, pelo que é subjetivo e dinâmico, com forte valor cultural e por isso sujeito a constantes mutações” (Ribeiro, 2003).

As pesquisas sobre satisfação relativamente aos cuidados de saúde tiveram início na década de 50 e foram realizadas pelos sociólogos Parsons, Szasz e Hollender (Cardoso, 2002). Estes estudos basearam-se na relação médico-doente, entendendo-se a satisfação dos doentes como a continuidade de cuidados ou a intenção de seguir o tratamento prescrito (Sepúlveda, 1998).

Na década de 80, 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 (Rodrigues, 2009).

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. Constata-se que a opinião do

doente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico, no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde. O conceito “satisfação dos doentes”, apesar de amplamente falado, não tem sido, muitas vezes, corretamente definido e clarificado pelos investigadores (Rodrigues, 2009).

A importância da avaliação da satisfação dos utilizadores e consequentemente a crescente implementação de programas promotores da satisfação dos mesmos assenta nas seguintes razões (Pedro *et al.*, 2010):

- Aceitação da satisfação dos utilizadores como uma medida representativa da qualidade dos serviços prestados;
- Constatação de que a satisfação dos utilizadores afeta a reputação dos hospitais na comunidade;
- Profissionais de saúde mais atentos à satisfação dos utilizadores, dada a sua relação com a adesão à terapêutica e à propensão dos utilizadores para manifestar a sua insatisfação reclamando e instaurando ações legais.

A satisfação dos utilizadores é considerada como um objetivo fundamental dos serviços de saúde, tendo vindo a ocupar um lugar progressivamente importante na avaliação da qualidade dos mesmos. O valor mediador que a satisfação representa na adesão à terapêutica, à evidência de que a satisfação dos utilizadores está diretamente relacionada com os resultados dos cuidados de saúde, influenciando muitos comportamentos de doença e de saúde, e à crescente importância do papel dos utilizadores dos cuidados de saúde enquanto consumidores.

Segundo Escoval (2008), a crescente atenção dada à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pelos utilizadores e o uso de inquéritos de satisfação assenta no aumento das provas de que a satisfação dos utilizadores tem influência na efetividade dos serviços. Constitui assim um motivo de procura dos mesmos e produz um efeito considerável no comportamento dos prestadores além de que a evidência mostra que a sua satisfação com os serviços de saúde prestados, tem revelado graus variados de acordo com as dimensões em estudo, uns mais aprofundados que outros.

Na vasta pesquisa sobre esta temática existem diferentes teorias, pois encontram-se na literatura várias definições do conceito de satisfação do utilizador com os cuidados de saúde, salientando-se como predominante a teoria da discrepância, dado que a satisfação é tida como sendo o resultado das diferenças entre as expectativas do utilizador em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos, tal como referem Ferreira e colaboradores (2003).

A satisfação dos utilizadores está assim, diretamente relacionada com as suas necessidades e expetativas. O tema das necessidades em saúde pode ser abordado sob diferentes bases conceptuais, podendo traduzir necessidades individuais ou coletivas, podendo focalizar-se na prestação direta de cuidados ou num contexto mais alargado, incorporando determinantes ambientais e sociais, entre outras abordagens. O conceito de expetativas é muitas vezes associado às necessidades expressas ou às exigências do cidadão, tendo sido ainda pouco estudado (Gonçalves *et al.*, 2010). As expetativas constituem um dos fatores que determinam a satisfação com os serviços de saúde. Ou seja, a satisfação resulta de uma equação entre expetativas prévias e experiência concreta vivida. Por isso as apreciações dos utilizadores são, de um modo geral mais positivas do que nos não utilizadores dos serviços.

No contexto da saúde, de acordo com Gonçalves e colaboradores (2010), as expectativas do cidadão têm sido encaradas como algo problemático ou constrangedor. Por um lado refere-se muitas vezes que os cidadãos têm expectativas pouco realistas quanto aos serviços e à eficácia dos cuidados de saúde, esquecendo-se os efeitos positivos que as altas expetativas podem gerar. Por outro lado, os gestores e decisores políticos debatem-se com a dificuldade de conciliar a disponibilidade de recursos, com as expetativas crescentes dos cidadãos, constituindo a gestão desta problemática o grande desafio dos sistemas de saúde atuais.

Ferreira e Raposo (2006) relembram que as expetativas dos utilizadores de cuidados de saúde podem ser baixas e resultantes de uma baixa assunção de direitos de cidadania face a um serviço público, “coitados, eu é que estou a

incomodá-los”, ou de uma sensação de propriedade egoísta do sistema “eles estão a trabalhar para mim” ou mesmo de uma sensação pouco coletiva da sociedade “estão aqui para me servir”.

A satisfação é também analisada em três vertentes que importa referir: a do cidadão em geral, ou seja o público; a dos utilizadores ativos dos serviços de saúde e a dos utilizadores muito dependentes dos serviços de saúde, como sejam os doentes crónicos e os idosos (Ferreira, 2003).

Ribeiro (2008) refere que cuidados de saúde de qualidade são os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo de cuidar, a satisfação opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores sobre as características do processo de que foram alvos, bem como acerca da conformidade dos resultados com as expectativas. Para este autor o método mais preciso para conhecer as perceções de qualidade dos outros, consiste em perguntar. Quando os utilizadores dizem estar insatisfeitos com os cuidados prestados, tentar corrigir a deficiência e perceber o que significa qualidade para estes, pois pode representar uma mudança significativa no seu nível de satisfação. Deste ponto de vista, a relação entre as necessidades e expectativas dos utilizadores e os cuidados prestados, constitui um desafio promissor e um importante e legítimo indicador de qualidade.

## 2.2 SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o setor, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

A opinião do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre *et al.*, 2002). É fundamental saber ouvir as pessoas,

conhecer os seus sentimentos, os seus pensamentos e respetivas causas, bem como, as suas preferências e as suas motivações. É igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

Os utentes são capazes de identificar, sentir a qualidade do seu sistema de saúde. O utente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. A primeira demonstração de agrado ou desagrado expressa-se, formal ou informalmente, no ato de prestação dos cuidados de saúde.

Esta fonte de informação não pode ser desvalorizada, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos funcionários que estão na primeira linha de contacto, sendo fundamental que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

### 2.3 DIMENSOES DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES

Os pesquisadores e os profissionais de saúde têm tido nas últimas décadas uma preocupação acrescida para avaliarem a percepção dos utentes relativamente aos cuidados saúde recebidos. A satisfação e as suas dimensões têm sido reconhecidas como um indicador importante da qualidade dos serviços. Há evidência de que a melhoria da qualidade está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes. Tem-se observado que os utentes insatisfeitos com os cuidados de saúde estão mais dispostos a não seguirem as indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo mostrar melhorias pouco significativas, devido à não continuidade de cuidados (Leventhal *et al.*, 1984; Fitzpatrick, 1993). Há várias áreas importantes de insatisfação dos utentes que refletem problemas crónicos no acesso aos cuidados, nomeadamente, os tempos de espera no dia da consulta, a espera para obtenção da consulta nos cuidados primários e diferenciados. O grau de satisfação é diferente consoante se trate dos centros de saúde ou dos hospitais.

Contudo, as diferenças observadas não indicam que um tipo de instituição é melhor do que o outro mas, simplesmente, que os aspetos avaliados positiva e negativamente em cada uma delas são diferentes (Mcintyre *et al.*, 2002). Justifica-se a monitorização e a avaliação permanente dos indicadores de qualidade, entre os quais se incluem os da satisfação dos utentes, pois têm opiniões muito divergentes sobre os diferentes aspetos dos cuidados de saúde. Fatores como a personalidade do profissional de saúde, o seu comportamento, a empatia, a comunicação, a competência profissional quer no domínio técnico, quer na aptidão organizacional, têm evidenciado uma influência significativa na satisfação dos utentes com a prestação de cuidados de saúde (Greeneich *et al.*, 1992).

Na identificação das dimensões que mais influenciam a satisfação do utente, alguns autores referem que a satisfação depende do tipo de cuidados que são prestados e do contexto em que é estudada. Outros são da opinião que a satisfação é fortemente influenciada pela personalidade de cada utente, dos profissionais de saúde que prestam os cuidados, do relacionamento que se estabelece entre o profissional/utente e dos aspetos estruturais e de localização em que os cuidados são prestados (Laine *et al.*, 1996).

Perante tanta diversidade de opiniões, surge a necessidade de fazer uma breve resenha sobre as dimensões da satisfação segundo alguns autores.

No estudo realizado por Weiss e citado por Espiridião e Trad (2006) identificam-se como principais determinantes da satisfação os seguintes grupos: características dos utilizadores, como os dados sociodemográficos e as expectativas; características dos prestadores, como a personalidade e a qualidade técnica; aspetos da relação médico-doente; e fatores estruturais e ambientais, como o acesso e o pagamento. Num estudo conduzido por Westaway e colaboradores (2003) e baseado no modelo de Donabedian “estrutura, processo e resultados” definiram-se as seguintes dimensões da satisfação: características da prestação: simpatia, empatia, respeito, consideração, entreaajuda, apoio, recetividade, expetativas, competência, informação e comunicação; características do serviço: manutenção do contato, equidade, disponibilidade, tempo de espera,



disponibilidade de sala de espera, limpeza, privacidade, custo do atendimento e marcação.

Gasquet (1999) também se refere à satisfação como um fenómeno multidimensional apresentando quatro grandes dimensões: i) a satisfação global; ii) as relações interpessoais; iii) os aspetos técnicos dos cuidados; iv) as prestações não clínicas. Este mesmo autor menciona ainda as diferenças que se encontram nos resultados da avaliação da satisfação quando a avaliação é dirigida à satisfação global ou à satisfação em cada uma das suas dimensões: quando a satisfação global é avaliada, normalmente registam-se níveis de satisfação elevados, superiores ou iguais a 80% (este item é pouco sensível à mudança), o que torna esta informação bastante redutora.

A satisfação global, por sua vez, pode ser avaliada de forma direta, ponderando a opinião geral do utente sobre a qualidade dos cuidados, ou de forma indireta, questionando sobre a conduta do utente, perguntando-lhe sobre a sua vontade de ser seguido no mesmo serviço numa situação futura e sobre o impacto dos cuidados recebidos na sua saúde física e psicológica.

Um estudo realizado em 1990 por Meterko e Rubin (1990) encontrou um forte apoio para uma conceptualização multidimensional da avaliação da satisfação dos utentes. Nesse estudo foi possível identificar 6 dimensões principais da avaliação: 1) enfermagem e cuidados diários; 2) ambiente hospitalar envolvente e o pessoal auxiliar; 3) cuidados médicos; 4) informação; 5) admissão; 6) alta e pagamento.

Num outro estudo que visava a satisfação numa perspetiva da garantia da qualidade foram identificadas 12 dimensões da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde: 1) elementos respeitantes à admissão; 2) acolhimento; 3) prestações hoteleiras; 4) conforto; 5) higiene das instalações; 6) visitas; 7) ocupação dos tempos livres; 8) apoio para os cuidados básicos; 9) relações interpessoais; 10) alta; 11) competência; 12) estado de saúde do utente (Alves, 2007).

Num estudo efetuado sobre os determinantes da satisfação dos utentes com os cuidados primários, a satisfação foi medida através do instrumento

*Europep (European Study on Patient Evaluation of General Practice Care)*. Foram identificadas as 5 seguintes dimensões da satisfação: 1) relação e comunicação; 2) cuidados médicos; 3) informação e apoio; 4) continuidade e cooperação; 5) organização dos serviços (Ferreira *et al.*, 2001).

Em 2005, foi realizado um outro estudo onde se recorreu ao mesmo instrumento, com a introdução de indicadores específicos da satisfação, nomeadamente de consulta, marcação e acessibilidade (consulta e marcação, tempos de espera, acesso e utilização), profissionais (pontualidade e atenção aos utilizadores), e condições do centro de saúde e serviços prestados (resposta, serviços prestados e qualidade das instalações) (Ferreira *et al.*, 2005).

Diversas dimensões da satisfação são referenciadas na literatura: 1) acessibilidade/conveniência (tempo de espera); 2) disponibilidade de recursos (humanos e técnicos); 3) continuidade, integração, personalização de cuidados; 4) eficácia (resultados) dos cuidados; 5) custo (em termos financeiros); 6) amenidades e humanização (serviços hoteleiros); 7) recolha de informação (por parte do utente); 8) prestação de informação (por parte dos profissionais); 9) perceção da qualidade/competência (em termos técnicos) (Graça, 1994). Gonçalves e colaboradores (2010) citam o *Picker Institute Europe*, especializado em investigação sobre necessidades, expectativas e experiências em saúde, segundo o qual os aspetos mais valorizados pelos utilizadores de serviços de saúde são: i) rapidez de acesso aos cuidados de saúde; ii) tratamento correto prestado por profissionais competentes; iii) participação nas decisões e respeito pelas suas preferências; iv) informação clara, compreensível e apoio à autonomia; v) atenção às necessidades físicas e ambientais (amenidades); vi) apoio emocional, empatia e respeito; vii) envolvimento e suporte de familiares e cuidadores; viii) continuidade de cuidados.

Segundo Franco e Florentim (2006) para entender a satisfação as suas dimensões devem ser interpretadas separadamente. Separar as dimensões da satisfação pode ser a única forma de compreender completamente as fontes da satisfação ou da insatisfação, e deste modo conseguir uma melhoria sustentada da qualidade.

Vários autores têm, assim, identificado diversas dimensões para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde. Na produção de satisfação ou insatisfação são muitos os aspetos considerados, variando em função dos estudos, mas sabe-se que todas as dimensões são importantes. Compete às organizações ou serviços selecionar os aspetos, que considera pertinentes, tendo em conta os seus objetivos ou necessidades de informação. Atendendo a que existe uma grande diversidade de propostas, na sistematização das dimensões da satisfação, descritas pelos diferentes autores, qualquer estudo, deve procurar selecionar as dimensões que pretende considerar, de acordo com o tipo de serviço de saúde, o local, as características particulares dos seus utentes e outras particularidades da população em estudo.

## 2.4 FATORES DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DE DOENTES

Como já foi referido anteriormente, a satisfação dos utentes depende de diversos fatores, tanto clínicos como não clínicos, que incluem: o espaço físico, a afetuosidade do profissional de saúde, a competência técnica tal como é percebida pelo utente, entre outros (Laine *et al.*, 1996).

### **Características sociodemográficas**

As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau escolaridade, estado civil e classe social) foram consideradas pela maior parte dos investigadores, inicialmente, como exercendo uma influência tão grande sobre a satisfação como a própria prestação dos cuidados de saúde (Fitzpatrick, 1991). Em contrapartida, a influência destas variáveis foi questionada por outros autores que demonstraram que a relação entre as características sócio-demográficas e a satisfação era muito limitada, apesar de ter significado estatístico (Carr-Hill, 1992).

A idade é reconhecida de forma mais consistente como uma variável que influencia a satisfação com os cuidados de saúde. A população idosa encontra-se mais satisfeita com os cuidados de saúde recebidos, estes resultados são

inerentes à forma mais gentil como tendem a ser tratados, às próprias expectativas mais modestas ou da menor preparação que têm para criticar os aspetos negativos (Gasquet, 1999; McIntyre *et al.*, 2002). Por vezes é muito difícil esclarecer se a afinidade entre a idade e a satisfação está relacionada com a diferença entre as expectativas e a disponibilidade para expressar opiniões negativas ou se realmente é devida à má qualidade dos cuidados recebidos (Sitzia e Wood, 1997).

O género parece não ser determinante da satisfação, apesar de haver autores que defendem que as mulheres estão mais inclinadas para criticarem ou não estarem satisfeitas com a prestação de cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997; Coyle, 1999). Estes autores referem ainda que a satisfação global com os cuidados de saúde é significativamente maior nos homens e que as mulheres são mais rígidas com os horários e com a privacidade (Sitzia e Wood, 1997). A satisfação é também influenciada pelo nível de escolaridade: níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos (Hall e Dornan, 1990).

### **Estado de saúde dos utentes**

Um outro fator importante é o estado de saúde do utente. As alterações que se verificam no seu estado de saúde são vistas como o resultado final dos cuidados de saúde que foram prestados. Deste modo o seu estado de saúde que antecede a prestação de cuidados pode influenciar o nível de satisfação (Ribeiro, 2003).

Segundo alguns investigadores existe uma associação positiva entre o estado de saúde do utente e a satisfação com os cuidados de saúde, ou, dito pela negativa, o mau estado de saúde está associado a maior insatisfação. Por outro lado os utentes que manifestam maior nível de satisfação são os mesmos que apresentam padrões elevados de satisfação com outros aspetos da sua vida (Hall e Dornan, 1988).

São ainda referidos outros aspetos que podem influenciar negativamente a satisfação, como por exemplo o maior número de hospitalizações e a duração

prolongada das patologias. Relativamente aos cuidados que se realizam em ambulatório, o motivo da consulta influencia o nível de satisfação, sendo que se obtêm maiores níveis de satisfação quando o mesmo se prende a problemas unicamente somáticos (em contrapartida obtêm-se níveis inferiores de satisfação quando o motivo está ligado à esfera psicológica) (Cleary e Mcneil, 1988).

### **Aspetos organizacionais**

De acordo com Ribeiro (2003), outro fator que influencia a satisfação dos utentes é a efetividade/eficácia dos cuidados que são prestados aos utentes, dado que os utentes ficam mais satisfeitos quando o tratamento a que são submetidos é eficaz. O indicador que mais contribui para o aumento da satisfação é a imagem da instituição, a qual faz aumentar a apreciação dos utentes, independentemente da qualidade dos cuidados. Os utentes utilizam diferentes critérios para avaliarem as diferentes instituições de saúde. Os utentes hospitalizados utilizam como base da sua avaliação a competência profissional, mas são críticos sobre os aspetos da organização e funcionamento do serviço em que estão hospitalizados.

Os utentes de ambulatório utilizam como base da sua avaliação a relação de empatia que se estabelece com os profissionais mas são críticos para com a competência profissional (Ribeiro, 2003).

No caso específico das pessoas com doença crónica, nomeadamente os doentes oncológicos, se por um lado parece haver uma certa tendência para que estes doentes se tornem “especialistas” na sua doença, tornando-se muito críticos com os cuidados prestados (Rodrigues, 2007), por outro lado, estes encontram-se muito dependentes dos seus médicos e são, muitas vezes, demasiado benevolentes e relutantes em criticar os vários aspetos dos cuidados que lhes são prestados (Negrão, 2003).

### **Expetativas dos utentes face às intervenções dos profissionais**

Têm sido realizados diversos estudos para se investigar a relação entre as expetativas dos utentes, a procura dos serviços de saúde e a satisfação com os cuidados de saúde. Esses estudos têm demonstrado que os utentes estão mais satisfeitos se o comportamento dos prestadores de cuidados vai de encontro às suas expetativas (Ribeiro, 2003). As expetativas de cada utente são individuais e diferem das expetativas dos restantes utentes, muitas vezes sofrendo influência dos seguintes aspetos: (i) da personalidade do indivíduo; (ii) do contato que se estabelece entre o paciente e o profissional de saúde; (iii) valores sociais e culturais; (iv) o próprio contexto onde os cuidados de saúde são prestados (Cleary e Mcneil, 1988).

Segundo Mahon (1996), citando diversos investigadores, a satisfação é composta por elementos de subjetividade, expectativas e perceções, definindo-se satisfação como o processo comparativo onde se realiza uma avaliação cognitiva e se obtêm uma resposta eficaz sobre a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados de saúde que foram prestados. A satisfação representa uma mistura complexa entre as necessidades percebidas, as expectativas e a experiência/vivência passada com os cuidados de saúde de cada utente, sendo ainda influenciada pelos fatores ambientais envolventes e as circunstâncias peculiares de cada situação específica (Mahon, 1996).

### **Perceções sobre o papel dos enfermeiros**

As expectativas expressas dos utentes relativamente aos enfermeiros dividem-se em três grandes categorias: (i) a comunicação; (ii) as aptidões e os conhecimentos técnicos; (iii) as atitudes e os comportamentos. Cada uma destas categorias subdivide-se num certo número de itens exprimindo cada um uma expectativa (Sesbeen, 2000).

Relativamente à comunicação, os utentes são da opinião que os enfermeiros devem ter:

“ (...) a amabilidade de se apresentar; explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram os resultados esperados; despender o tempo que for preciso para falar com eles e, se necessário, para lhes dar explicações; (...); dar-lhes a sensação de que são realmente escutados e interessar-se pelos seus problemas e pelas suas preocupações; dizer-lhes claramente aquilo que tem ou não direito a esperar” (Sesbeen, 2000, p.55).

No que diz respeito às aptidões e competências técnicas, os utentes são da opinião que os enfermeiros devem:

“saber dar uma injeção; ser capazes de explicar a técnica utilizada; possuir conhecimentos técnicos avançados e mostrar segurança; saber dar atenção aos pormenores, mostrar delicadeza e ter atenções individuais para que eles se sintam à vontade; adotar um determinado ritmo de cuidados segundo um horário que lhes seja aceitável” (Sesbeen, 2000, p.56).

Quanto às atitudes e comportamentos, os utentes referem que os enfermeiros devem:

“compreender e mostrar-se presentes e atentos; dirigir-se-lhes de maneira educada e respeitosa, mostrar-se sorridentes e calorosos, em vez de lhes dar a impressão de que incomodam; dominar as suas expressões faciais, pois estas podem ser interpretadas como sinais de um diagnóstico ou de um prognóstico pouco encorajador; (...); tranquiliza-los e dizer-lhes que vão ser capazes de se desvencilhar quando voltarem para casa; respeitar os seus direitos e dar-lhes a sensação de serem de serem senhores da situação” (Sesbeen, 2000,p.55)

Relativamente a outras expectativas que os utentes projetam nos enfermeiros, elas são: (i) o respeito pela privacidade e intimidade do utente; (ii) a adoção de uma atitude de empatia nas interações com os utentes; e (iii) o evitar da resolução de problemas da instituição, do trabalho ou de outros colegas na presença do utente durante a prestação de cuidados (Ribeiro, 2003).

No que diz respeito aos grupos profissionais que prestam cuidados aos doente a questão da avaliação da satisfação dos doentes com os cuidados recebidos é assaz importante e constitui uma grande responsabilidade, já que

está demonstrado que o grau de satisfação do doente se encontra muito relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem nele prestados (Carvalho e Marçal, 1994).

Os doentes entendem que o enfermeiro tem um papel central nos seus cuidados (Staniszewska e Ahamed, 1999) e estas expectativas não estão apenas relacionadas com os seus conhecimentos e competências, mas também com os cuidados personalizados (Johansson *et al.*, 2002). Segundo estes autores, os doentes têm expectativas que o enfermeiro seja o seu parceiro e conselheiro, que tenha uma atitude empática e competências de comunicação, assim como seja capaz de providenciar a informação necessária, enquanto os orienta sob o ponto de vista emocional e físico durante a estadia no hospital. Na origem dessa proximidade estão vários fatores, tais como o maior tempo de permanência na enfermaria, um bom sistema de transmissão da informação, o próprio estatuto social, mais próximo do doente que o estatuto do médico, o facto de o enfermeiro ter de entrar muitas vezes na intimidade do doente e ainda, porque a sua principal função é fazer aquilo que o doente faria se para isso tivesse a força, vontade e os conhecimentos necessários, o que lhe confere um papel inigualável de proximidade, de confiança e de ajuda (Martins, 2004).

Em Portugal os estudos de satisfação existentes são demasiado heterogêneos, diferindo na metodologia e nas dimensões da satisfação analisadas, no entanto, podem-se registar algumas evidências sobre o grau de satisfação declarado pelos utilizadores de cuidados de saúde. Os indicadores de satisfação referidos são positivos, no entanto Gonçalves e colaboradores (2010) questionam se estes traduzem uma real satisfação com a qualidade da relação, ou refletem baixas expectativas geradas pela cultura prevalecente do sistema de saúde português ou pelas condições de vida e financeiras daqueles utilizadores.

Para se poderem alcançar padrões de qualidade na prestação dos cuidados de saúde cada vez mais elevados e, como consequência, contribuir para uma maior satisfação dos utentes, a avaliação dos serviços prestados de cuidados de saúde deve entrar na rotina das práticas gestionárias dos serviços de saúde, sejam públicas ou privadas.



## 2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação atual e pertinente, não apenas das Instituições de saúde mas também dos governantes, que se vêm a braços com custos que crescem exponencialmente e para os quais dispõem de recursos bastante limitados. A área da avaliação em saúde encontra-se num processo de expansão e diversificação conceptual e metodológica, existindo uma procura crescente na construção de instrumentos de apoio à decisão, necessários à dinâmica dos sistemas de saúde e à implementação de políticas de saúde, e acresce ainda a responsabilidade de políticas na gestão dos sistemas de saúde que requerem a incorporação da avaliação como componente do processo de planeamento, capaz de subsidiar as tomadas de decisão e promover os processos de mudança.

Avaliar é, na prática, confrontar o que existe com o que deveria existir, tendo em conta os objetivos que se pretendem atingir. Para tal, este processo dinâmico envolve, segundo Almeida e Xavier (1995), três dimensões: medição, valoração e decisão.

Enquanto a avaliação da qualidade está ligada à realização de uma medição, num determinado período temporal (incorpora expectativas, valores, preconceitos, convicções e preferências dos indivíduos ou grupos que efetuam essa avaliação da qualidade) a garantia de qualidade pressupõe não apenas a avaliação mas, também, a implementação, de forma planeada e organizada, de medidas correcivas ou de melhoria (Cardoso, 2002). A avaliação não deverá, efetivamente, ser considerada um fim, mas como uma parte de um processo onde, depois da elaboração de um julgamento explícito, se desencadeia um movimento de alterações no sentido da qualidade previamente desejada.

Os utentes apresentam-se cada vez mais exigentes relativamente aos serviços prestados em termos dos cuidados de saúde e dispõem de expectativas cada vez mais elevadas. Consequentemente, com vista à prestação de cuidados de elevada qualidade e para atender a todas as necessidades e exigências dos doentes, as Instituições veem-se forçadas a despender cada vez mais recursos.

No entanto, também os próprios prestadores de cuidados de saúde têm vindo a adotar uma política de melhoria de desempenho que, pela satisfação dos seus utentes, acaba por se traduzir num evidente aumento do seu prestígio profissional. Nas últimas décadas foram desenvolvidos alguns modelos de avaliação da qualidade dos serviços, transpostos para a área da saúde, destacando-se alguns deles: Rodrigues (2010) identificaram critérios utilizados pelos utilizadores para avaliar a qualidade de um serviço, sintetizando-os em cinco dimensões, resultando daí a escala SERVQUAL, que avalia a qualidade percebida através da comparação entre o serviço percebido e a expectativa do serviço desejado.

Segundo este modelo, a criação de uma perceção de qualidade passa por evitar os “gaps” e pela gestão dos determinantes de qualidade enunciados pelos autores citados, nomeadamente, a competência (funcionários com capacidade e conhecimentos adequados), a credibilidade (transmissão de confiança pela instituição e funcionários), a confiança (desempenho consistente e preciso), a comunicação (utilização de linguagem acurada do cliente), a reatividade (resposta às solicitações em tempo aceitável), o acesso (instalações e horários adequados, tempos de espera aceitáveis), a cortesia (amabilidade e atenção dos funcionários), a segurança (ausência de perigo, risco e insegurança), a tangibilidade (a instituição deve efetuar uma gestão cuidadosa de todos os elementos tangíveis, designadamente, das instalações físicas e da aparência dos membros operacionais) e a compreensão (tentativa de conhecimento dos clientes e das suas necessidades).

O sistema de saúde atualmente vê-se confrontado com grandes desafios; a um nível prioritário pretende-se dotar os serviços de saúde com a qualidade necessária, sendo fundamental garantir os recursos essenciais ao fortalecimento do planeamento de ações de melhoria da qualidade. Num segundo nível, não menos prioritário, pretende-se integrar diversas áreas de intervenção dentro um quadro conceptual e metodológico de melhoria contínua da qualidade dos serviços de forma a garantir a sua eficácia com total garantia dos direitos, deveres e liberdades de cada cidadão (Pisco e Biscaia, 2001; Maximo, 2005; Sousa *et al.*, 2008).

As áreas que constituem desafios prioritários incluem: a prática clínica, a organização e prestação de cuidados de saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde, a equidade, a cidadania, a satisfação dos utentes, as ações para a mudança, a promoção da saúde, as agências de contratualização e a gestão do conhecimento (Pisco e Biscaia, 2001; Maximo, 2005; Sousa *et al.*, 2008).

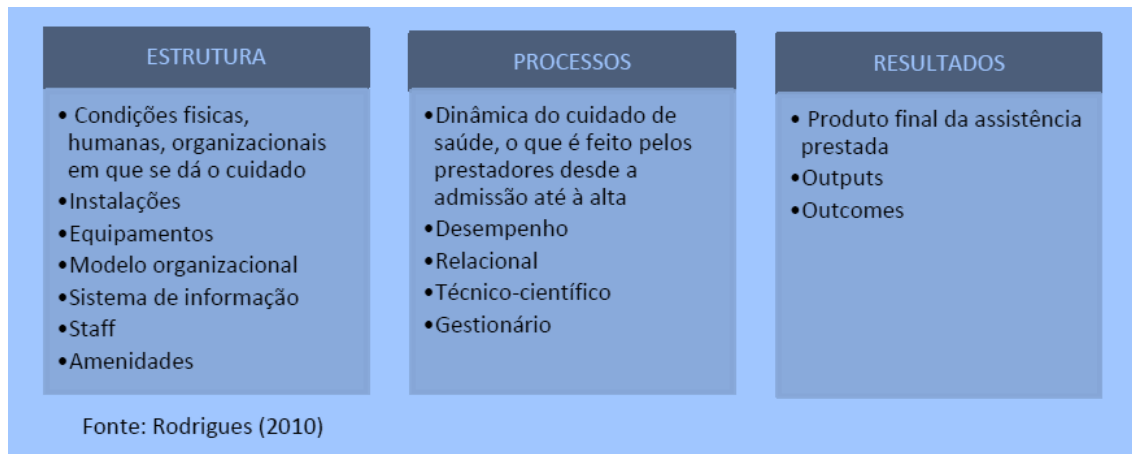
São três os tipos de problemas relacionados com a qualidade dos serviços de saúde, identificados pela OCDE; i) em alguns serviços são prestados cuidados de saúde que não têm por base a medicina baseada na evidência; ii) o facto de nem sempre os utentes terem acesso a serviços básicos de saúde, com os quais poderiam vir a beneficiar; iii) os cuidados de saúde realizados erradamente e tecnicamente pobres, nomeadamente os erros cirúrgicos e de administração errada de medicamento (OCDE, 2004). Para que ocorra o acompanhamento e a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, é necessária a monitorização de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde. Por outro lado nas organizações de saúde onde foram implementados sistemas automatizados de informação relativa à saúde observou-se um impacto positivo na qualidade e nos custos dos cuidados de acordo com dados do mesmo organismo. Os profissionais de saúde devem ser incentivados para a prática sistematizada da medicina baseada na evidência de forma, a permitir obter cuidados de alta qualidade e devem ainda ser sensibilizados para a utilização dos sistemas de dados automatizados que são necessários à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (OCDE, 2004).

Donabedian é um autor de referência na literatura médica quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e salienta, em particular, que os modelos valorizam as atividades relacionadas com a produção, não enquadrando a especificidade da prática clínica; desvalorizam a importância das competências, dos conhecimentos técnico-científicos e da motivação dos profissionais de saúde; ignoram a complexidade da relação médico-doente; e desvalorizam os fatores sociais, culturais e psicológicos, interpretando a qualidade de forma muito objetiva. Donabedian (1990) foi ampliando alguns conceitos para uma avaliação mais abrangente da qualidade em saúde a que denominou de sete pilares da qualidade: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade (envolvendo

outros fatores como: acessibilidade, oportunidade, relação profissional-paciente, comodidade, resultados, custo e honestidade); legitimidade e equidade.

Ferreira (1991) refere o modelo Donabedian, assente na trilogia “estrutura, processos e resultados” (Figura 1).

Figura 1 – Avaliação da Qualidade em Saúde



A estrutura corresponde aos recursos necessários à prestação do serviço, ou seja condições físicas, humanas e organizacionais em que se dá o cuidado, incluindo a área física, os recursos humanos, materiais, financeiros; o processo refere-se às atividades relacionadas com a utilização dos recursos, ou seja onde ocorre a dinâmica do cuidado, incluindo métodos de diagnóstico e cuidados prestados; o resultado corresponde às consequências das atividades do serviço na melhoria do nível de saúde, da capacidade funcional ou do alívio do sofrimento, ou seja produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas (Lobo, 2008). Ferreira (1991) refere como medida para avaliar a estrutura o número e qualificações dos profissionais, a localização geográfica e sócio económica do hospital, a forma de pagamento e a organização dos prestadores; para avaliar o processo a auditoria clínica e mais recentemente a medicina baseada na evidência e as guidelines; e para avaliar os resultados, os resultados clínicos ou as alterações no estado de saúde. A avaliação da qualidade só é viável porque existe uma ligação de interdependência

entre estrutura, processo e resultado. Para que seja possível realizar uma avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é necessário utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três dimensões da qualidade, pois estas dimensões não são elementos autónomos nem dissociados, contudo nem sempre existe uma relação entre estrutura, processo e resultado (Ferreira, 1991).

A implementação da qualidade exige o uso de indicadores que permitam a medição do desempenho, da qualidade sentida pelos doentes e da motivação dos prestadores dos cuidados de saúde, podendo basear-se na observação da estrutura, dos processos e dos resultados dos cuidados de saúde.

Serapioni (2009) citado por Abrantes (2012) considera que a avaliação da qualidade em saúde, deve ser norteada por três premissas fundamentais:

Questão metodológica – A avaliação utiliza os mesmos métodos e técnicas geralmente adotadas pela pesquisa social, com todo o seu rigor e toda a sua debilidade, sendo que a avaliação é mais problemática na pesquisa social, pois visa também expressar juízos. Apesar de polarizações relativamente aos métodos quantitativos e qualitativos, existe atualmente um amplo consenso sobre a importância de adotar uma “pluralidade metodológica”, que responda às diferentes questões colocadas pela avaliação e pelas necessidades dos diversos interessados (*stakeholders*).

Utilidade dos resultados – a preocupação com a utilização dos resultados, enfatiza que a avaliação não deve ser uma atividade separada do processo de tomada de decisão, dado que o propósito da avaliação não deve ser provar, mas sim melhorar. A avaliação deve ser uma ferramenta para aprimorar os programas que visam responder às necessidades dos beneficiários.

Pluralismo de valores – a importância das questões colocadas pelos diversos atores e grupos de interesses deve ser reconhecida, sendo através da interação entre avaliador e implicados que se cria o produto final da avaliação. A avaliação deve ser um processo interativo, participativo e negociado, que envolva as pessoas empenhadas na produção, no uso e na implementação da avaliação, bem como os beneficiários e os prejudicados pelo processo de avaliação.

Brito e Jesus (2009) efetuaram uma revisão da literatura em 2008 e verificaram que apesar de toda a diversidade e das discordâncias sobre os vários aspetos da avaliação, existe consenso em relação ao facto de que avaliar, significa por um lado emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um dos seus componentes e que o conceito se associa à ideia de que avaliar e significa aferir até que ponto os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, prevalecendo a análise de resultados.

No processo avaliativo e na construção de indicadores de avaliação e na discussão desta temática, estes autores destacam ainda a participação e envolvimento de diferentes grupos de interesses, dado que estes estão de algum modo envolvidos no processo. Verificaram, que existem variáveis conceptuais e metodológicas que devem orientar a construção dos processos de avaliação em saúde: objetivo da avaliação, posição do avaliador, definição de prioridades, metodologia predominante, formas de utilização da informação produzida, contexto da avaliação e temporalidade. A avaliação pode ser desencadeada internamente na organização ou pode ser conduzida por um especialista externo à organização; pode ser sumativa ou formativa; ou pode ser de contexto, normativa, estratégica ou de empowerment.

A abordagem segundo a qual uma avaliação centrada nos diversos atores, envolvidos no processo, que apresente uma real preocupação com a utilização dos resultados e que utilize métodos e instrumentos fiáveis, pode ajudar a superar algumas das dificuldades do processo avaliativo. Métodos e ferramentas da qualidade têm sido usados genericamente nas unidades de saúde, no âmbito de estratégias regionais ou nacionais, e pela iniciativa dos responsáveis e dirigentes das unidades de saúde.

Escoval (2008) salienta contudo, que existe pouca evidência acerca da efetividade ou melhoria destas iniciativas nos resultados clínicos, ao nível institucional e em períodos de tempo determinados. Campos, Saturno e Carneiro (2010) reforçam esta ideia de que “A qualidade dos cuidados de saúde é um atributo objetivo, que tem que ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado,” devendo basear-se em critérios claros e

transparentes, com indicadores perceptíveis e facilmente operáveis, com padrões de exigência que credibilizem as avaliações.

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas (Glouberman e Mintzberg, 2001), representando a forma mais difícil de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989; Escoval 2010). Desta complexidade, emerge uma multiplicidade de dimensões da qualidade, pelo que sendo a qualidade multidimensional a sua avaliação exigirá uma multiplicidade de medidas. Escoval (2008) descreve esta realidade, como fator desencadeante da proliferação de ferramentas e métodos, bem como à criação de tendências, sem que muitas vezes existissem provas científicas inequívocas da sua validade e resultados. Esta fragilidade na avaliação tem-se mantido de uma forma geral, embora vá sendo suavizada, pelos resultados positivos em áreas internas às organizações, nomeadamente na reorganização de serviços, na melhoria da qualidade dos registos, na criação de rotinas de monitorização da atividade e na melhoria das atividades de prevenção e gestão do risco.

### 3 CIDADANIA E QUALIDADE EM SAÚDE

Atualmente os utilizadores de serviços de saúde estão mais informados sobre questões relacionadas com o seu estado de saúde, pelo que os serviços devem ter em consideração as suas necessidades e exigências. Esta preocupação é reforçada por determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde deve ser avaliada tendo também por base as perspetivas dos utentes. Essa avaliação serviria para informar sobre a acessibilidade e efetividade de cuidados (Haddad *et al.*, 2000). Estes autores defendem ainda que a opinião que cada utente constrói sobre o funcionamento da unidade de saúde onde é tratado, influencia diretamente o seu compromisso com o tratamento, a continuidade da relação utente/profissional de saúde, bem como os resultados dos cuidados de saúde que lhe são prestados.

A opinião do utente é indispensável para (i) a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, (ii) a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e finalmente para (iii) a reorganização dos serviços de saúde. Por essa razão é importante avaliar a qualidade dos serviços de saúde e saber até que ponto eles vão de encontro às necessidades e expectativas dos utentes (Mcintyre *et al.*, 2002). O julgamento da qualidade dos cuidados a partir da perceção dos utentes é um instrumento importante para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (Rahmqvist, 2001).

O desafio atual dos sistemas de saúde é criar uma dinâmica em desenvolvimento contínuo que vise a evolução de uma situação onde predomina a pouca informação, a passividade e a dependência dos saberes, em inter-relações de partilha constante de informação e de conhecimento, de forma pró-ativa, com a máxima autonomia possível e responsabilidade (Gonçalves, 2010).



O debate político internacional tem revelado uma preocupação crescente com a urgência em redesenhar os modelos organizacionais em vigor no setor da saúde, com vista a aprimorar a interação com os seus beneficiários, reconhecendo-se a importância de envolver todos os atores e simultaneamente valorizar a voz e a opinião dos utilizadores. A participação é tida como uma estratégia essencial para melhorar a qualidade e o desempenho dos sistemas de saúde, devendo incorporar todos os processos de reforma das políticas de saúde.

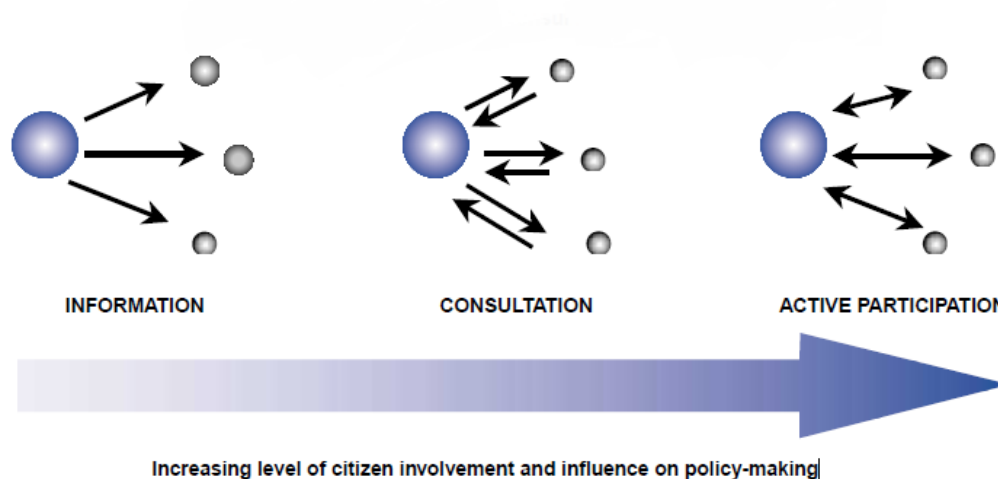
O PNS 2011-2016, relembra que o cidadão, enquanto elemento central do sistema de saúde assume diferentes papéis: ativo e saudável, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e comunidade. Assim, “o doente do século XXI apresenta-se como decisor, gestor da sua saúde, coprodutor de saúde, avaliador, agente potencial de mudança, contribuinte e cidadão ativo, cuja voz deve influenciar os decisores em saúde.”

Importa ter presente a distinção efetuada por Ferreira (2007) segundo a qual a participação e o envolvimento podem ter uma abordagem consumista, sendo o cidadão considerado cliente ou consumidor num contexto de mercado; ou uma abordagem democrática, orientada para o cidadão e preocupada com o modo como estes são tratados e com o modo como as suas opiniões são integradas nas tomadas de decisão. Esta última é a abordagem atual, à qual se associa o conceito de empowerment, ou seja atribuição de poder aos cidadãos, através da promoção de dinâmicas contínuas de desenvolvimento que integrem a produção e a partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), capazes de gerar capacitação, próatividade e participação ativa, para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva.

De acordo com as recomendações da Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE) Serapioni, Ferreira e Antunes (2010) analisam o envolvimento do cidadão no sistema de saúde de acordo com três principais tipologias de interação que são: participação, consulta e comunicação; i) a participação dos utilizadores pode verificar-se ao nível micro, na interação com o profissional de saúde; ao nível meso, no envolvimento em serviços e programas específicos; ou ao nível macro, quando são envolvidos nas decisões

políticas e estratégicas de um sistema de saúde; ii) a consulta é um tipo de envolvimento de caráter consultivo, em que através de atividades de escuta ou consulta, organizadas pelos serviços de saúde, se recolhem as opiniões e preferências dos utilizadores e cidadãos. Este tipo de envolvimento corresponde aos métodos utilizados para avaliar a satisfação dos utilizadores, como questionários, entrevistas, grupos focais e painéis consultivos; iii) a comunicação corresponde a um fluxo informativo unidirecional, das instituições e serviços de saúde para os cidadãos, como sejam as cartas dos serviços, as publicações informativas dos serviços, as linhas telefónicas dedicadas.

Figura 2 - Definição, informação, consulta e participação ativa



(Adapted from Health Canada, 2000)

Fonte: OCDE (2001)

Todas estas modalidades de interação, enquanto estratégias que o sistema de saúde utiliza para interagir com ambiente humano exterior e catalisar energias, informações e recursos, são importantes e não hierarquizáveis, não devendo ser confundidas ou consideradas equivalentes.

A importância do envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde encontra-se enunciada na 1.ª versão do PNS 2011-2016, nas recomendações do Alto Comissariado da Saúde, que incluem:

- Promover o aumento da confiança nas instituições de saúde e a sua valorização, através da auscultação regular das necessidades, expectativas, preferências, satisfação e vivências dos utilizadores;

- Divulgar informação institucional de forma transparente, nomeadamente publicando os indicadores de evolução do desempenho e de resultados dos serviços e dos profissionais de saúde, em formato, linguagem simples e acessível;

- Assegurar uma resposta eficiente e responsável perante a sociedade e os órgãos de comunicação social

As vantagens de envolver os cidadãos nos vários momentos do processo de produção de cuidados de saúde são descritas na literatura e englobam: i) a melhoria das decisões; ii) o aumento da aceitabilidade das decisões; iii) a melhoria da comunicação; iv) o reequilíbrio entre a oferta e a procura; v) a valorização da responsabilidade e autonomia do cidadão; vi) a contribuição para a definição de prioridades e políticas de saúde e legitimidade das decisões sobre questões complexas referentes à avaliação custo-efetividade de determinadas intervenções; vii) os dilemas éticos colocados pelas inovações tecnológicas (Serapioni, Ferreira e Antunes, 2010).

No entanto, verificam-se dificuldades em promover o envolvimento dos cidadãos, registando-se contradições entre o discurso e a realidade, que mostra que este é um processo lento, verificando-se ausência de processos de avaliação das experiências de participação dos cidadãos no sistema de saúde, levando alguns autores a questionarem-se, se os cidadãos querem realmente envolver-se (Ferreira, 2007).

Existem defensores argumentos contrários ao envolvimento do cidadão, afirmando os defensores que principalmente os cidadãos mais desfavorecidos, apenas pretendem serviços dignos e de qualidade e não envolver-se, e que por outro lado, envolver os cidadãos pode levar a um acréscimo de expectativas.

Gonçalves e colaboradores (2010) referem que é fundamental respeitar a preferência de cada um “envolver a pessoa até onde esta desejar”, sabendo que nem todos os cidadãos desejam participar na tomada de decisão, particularmente

os mais idosos, com menos habilitações ou com condições de saúde mais debilitada.

A participação do cidadão constitui um fator de grande importância na implementação de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, pois tal como os destinatários da ação, são quem sente exclusivamente os problemas ou necessidades a que se quer dar resposta, e conseqüentemente, quem melhor pode ajudar a encontrar soluções mais adequadas (Ferreira *et al.*, 2003).

Segundo Sakellarides (2003), “é necessário ouvir os cidadãos, saber o que sentem, o que pensam e porquê, o que preferem e porque razão, sendo igualmente importante fazer bom uso dos pontos de vista, perceções e escolhas do cidadão”, pois um dos princípios de boa governação em saúde é saber o que as pessoas pensam, e para tal nada é melhor do que perguntar-lhes. Esta auscultação é um dos mecanismos de envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde mais representativo nos dias de hoje.

Apesar de existirem opiniões divergentes quanto à validade da informação fornecida pelos utilizadores, não foi encontrado até hoje melhor forma de aferir a satisfação dos utilizadores do que questioná-los sobre as suas expectativas e experiências com os cuidados de saúde. Existem mesmo certo tipo de informações que apenas os utilizadores podem fornecer, como seja o que aconteceu durante o atendimento, as suas esperanças, os seus receios e o seu bem-estar (Donabedian, 1992).

Na área da saúde, a valorização da opinião dos cidadãos tem sido um processo mais lento que noutras áreas, mas os profissionais de saúde vão se apercebendo do facto de que os utilizadores, enquanto testemunhas diretas e experimentadas dos cuidados, representam elementos importantes na avaliação dos cuidados prestados.

Donabedian (1992) considera que obter informações sobre as razões da satisfação ou insatisfação do consumidor é um componente essencial de qualquer sistema de garantia da qualidade, pois a satisfação representa a avaliação dos cuidados, sendo também um resultado dos próprios cuidados.

Gonçalves e colaboradores (2010) referem ser imprescindível realizar estudos de avaliação das necessidades e expectativas, a nível local e nacional, com vista a identificar iniquidades na doença e no acesso aos cuidados de saúde, e a definir prioridades que permitam a melhor alocação de recursos. O mesmo autor é de opinião que os utilizadores de cuidados de saúde devem ser ouvidos em relação às suas experiências concretas nos serviços, através questionários, entrevistas, focus groups, entre outras metodologias, constituindo a sua avaliação a verdadeira medida do desempenho organizacional.

No entanto, Donabedian (1992) refere que é indispensável fazer bom uso da informação fornecida pelos utilizadores sabendo que existem algumas barreiras que dificultam este processo. Davies e Cleary (2005) identificaram as seguintes barreiras; i) organizacionais, que englobam a desvalorização das necessidades dos utilizadores e a resistência à mudança; ii) profissionais, representando o ceticismo clínico e a falta de competência e aptidão dos prestadores; iii) os dados, podendo existir dificuldade em trabalhar os dados fornecidos pelos utilizadores ou mesmo falta de informação em tempo útil.

Em Portugal nos últimos anos, as iniciativas no sentido de “dar voz aos cidadãos” em matéria de saúde, têm experimentado um grande impulso; a comunicação social, algumas organizações de consumidores, organizações relacionadas com o medicamento, não têm deixado de prestar atenção a este tema (Serapioni e Sesma, 2011).

Em cada Administração Regional de Saúde foi criado um observatório responsável pelo desenvolvimento de mecanismos de participação e foram criados procedimentos formalizados para apresentar reclamações, conselhos consultivos mistos constituídos por utilizadores, prestadores e políticos para apoiar a gestão dos centros de saúde e dos hospitais. Realizaram-se igualmente vários estudos de avaliação da satisfação dos utentes. Ou seja, a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou enorme importância como medida de qualidade na prestação de cuidados de saúde, tendo as atividades de melhoria e garantia da qualidade vindo a ser encaradas, gradualmente, como fazendo parte dos processos de cuidados.

As modificações na sociedade com a tendência crescente do aumento da escolaridade, do nível de literacia e da facilidade de acesso à informação (novas tecnologias), pelo menos nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, incorpora a importância central da interação entre doentes e profissionais e salienta o fato que doentes mais informados e responsáveis pelo seu projeto de saúde requerem um papel diferente na interação com maior participação e paridade com os profissionais, necessitando estes de estarem melhor preparados, de funcionarem como uma equipa e de serem pró-ativos.

A comunidade surge com uma importância capital não apenas pelos recursos e políticas de saúde, mas também, como já referimos, pelos recursos educacionais e pela cidadania em geral. Os sistemas de saúde e a sua organização, sendo parte integrante dos recursos comunitários, surgem como a base da estrutura na qual assenta o processo que poderá facilitar ou criar obstáculos para serem atingidos os resultados desejados na perspetiva clínica, da pessoa, dos sistemas de saúde e da satisfação dos profissionais.

De acordo com o OPSS, no âmbito da consulta e auscultação, há estudos recentes sobre o conhecimento, literacia, opiniões e práticas dos cidadãos sobre a saúde, como por exemplo a Avaliação da qualidade e satisfação nos hospitais, EPE e SPA, na sequência de avaliações anteriores e o estudo de monitorização da satisfação com as Unidades de saúde Familiares (USF), apresentado em 2009 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) (Ferreira, Antunes e Portugal, 2010).

São ainda referenciadas como boas práticas e iniciativas positivas, neste âmbito, a implementação de instrumentos de avaliação da satisfação dos utilizadores, no âmbito de processos de melhoria contínua, em várias instituições.

#### **4 ESTUDOS E DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM AMBULATÓRIO**

A satisfação do doente em oncologia tem sido o foco de inúmeras pesquisas (Quadro 2), mas estas investigações divergem sobre muitas dimensões, especialmente no que diz respeito ao questionário utilizado para avaliar a satisfação. A grande diversidade de questionários que têm sido usados ocorre como consequência de uma ampla variedade de questões específicas para avaliar a satisfação. Poucos estudos questionam sobre todos os aspetos de satisfação, exceto, talvez, aqueles que usaram instrumentos validados. Isto significa que é preciso ser cauteloso ao comparar estudos.

Uma pesquisa realizada por Thomas e colaboradores, de 252 doentes oncológicos onde foi investigada a satisfação dos doentes com o atendimento numa clinica de oncologia, a ansiedade associada com o atendimento clínico, e os pontos fortes e fracos do serviço de oncologia. Longe de ser percebido como fator de ansiedade, a clínica foi encarado como uma valiosa fonte de garantia, 92% dos pacientes que se disseram 'sempre' ou 'geralmente' tranquilos, como consequência da sua visita. Os dados qualitativos mostraram que o pessoal da clínica foi a mais importante fonte de satisfação. O tempo de espera era esmagadoramente o pior aspeto da clínica, descrito por 27% dos pacientes como "excessivamente longo". Um quinto do total da amostra tinha sido seguido na clínica durante, 10 anos ou mais anos e mais de um terço desse grupo relataram que ficariam preocupados com a possibilidade de serem referenciados para o cuidado dos seus clínicos gerais. Apesar de desvantagens associadas as longas esperas, a clínica foi percebida como o fornecimento de uma valiosa fonte de tranquilidade e que uma elevada proporção de doentes estavam relutantes em abandonar.

No entanto, outro estudo realizado por Bergenmar e colegas investigaram prospectivamente mudanças na satisfação de doentes de um ambulatório com doentes com cancro de mama. O questionário foi composto por 12 itens de múltipla escolha sobre o tempo de espera, habilidades interpessoais de médico e enfermeira, a continuidade do cuidado, a duração da visita médica, comunicação e expectativas. Estatisticamente foram encontradas associações significativas em oito dos 12 itens: tempo de espera, tempo de consulta, informação, expectativas e continuidade dos cuidados. Em conclusão, o questionário, evidenciou mudanças positivas na satisfação do doente, entre as duas medições. Outras mudanças relativas à continuidade do atendimento foram solicitadas apesar de melhoria relatada.

Kleeberg e colegas avaliaram o estado de satisfação com o atendimento e qualidade de vida de doentes oncológicos em regime ambulatorial, na Alemanha, e identificaram os principais fatores que determinam a disposição dos doentes para recomendar o centro médico de tratamento. Os tipos de cancro mais comuns foram mama (22,9%) e intestino (19,8%). Este estudo concluiu que, embora a satisfação global fosse alta, havia, muitas áreas de melhoria, tais como a tomada de decisão compartilhada, a comunicação médico-doente e organização dos cuidados. Qualidade de vida foi significativamente prejudicada em muitos domínios. Relação médico-paciente, a definição de instalações e informações sobre as opções de diagnóstico e tratamento são os principais determinantes da vontade dos doentes, para recomendar o serviço a um amigo ou parente que necessite.

Gesell e colegas analisaram os dados de 5907 doentes de cancro tratados em 23 hospitais nos EUA, para identificar as principais prioridades para a melhoria dos serviços ambulatoriais nas instalações de tratamento de cancro. Os resultados sugerem que as maiores prioridades para a melhoria da qualidade envolve a satisfação das necessidades emocionais dos pacientes (sendo sensível às causas do cancro e turbulência que provoca na vida de uma pessoa); prestação de informações aos membros da família e o autocuidado; redução dos tempos de espera (espera para primeira consulta, espera em registo e espera na quimioterapia); proporcionando comodidade (facilidade de atingir o pessoal



administrativo e facilidade do processo de admissão); e coordenação de cuidados entre os médicos e outros profissionais.

Outro estudo foi realizado por Kavadas e colegas, para medir a satisfação dos doentes com o atendimento recebido no tratamento de cancro esôfago e gástrico, e para identificar as áreas que mais contribuem para a pontuação global da satisfação. Foi utilizado o instrumento EORTC QLQ-SAT32. Análise univariada mostrou que todas as dimensões da satisfação com o atendimento contribuiu significativamente para a satisfação global. Análise multivariada, no entanto, mostrou que a maior parte da variação na satisfação global poderia ser atribuída a níveis de satisfação com os médicos, enfermeiros e conforto hospitalar e limpeza. Satisfação global não foi influenciada igualmente por todos os aspetos do cuidado. As pontuações para os tempos de espera, outros funcionários do hospital, a troca de informações e acesso ao hospital não explicou a variabilidade da pontuação total da satisfação em relação ao conforto e limpeza, enfermeiros, dos médicos, e no hospital que foram incluídas no estudo.

Wiggers e colegas avaliaram as percepções de 232 doentes com cancro atendidos em ambulatório, sobre a importância e satisfação com os seguintes aspetos dos cuidados médicos: competência técnica e habilidades interpessoais e de comunicação, acessibilidade e continuidade dos cuidados, cuidados hospitalares e clínicos, cuidados não médicos, de assistência à família, e finanças. Os resultados indicam que todos os 60 itens do questionário utilizado, considerados refletem aspetos importantes dos cuidados, mas que a maior importância foi dada à qualidade técnica dos cuidados médicos, as habilidades interpessoais e de comunicação dos médicos, e a acessibilidade dos cuidados. Poucos pacientes ficaram satisfeitos com a prestação de informação sobre a doença, tratamento e controle dos sintomas e da prestação de cuidados no domicílio e à família e amigos.

Davidson e seus colegas examinaram 435 doentes com cancro em toda a Irlanda do Norte durante um período de três meses. Enquanto a satisfação global foi relativamente alta, houve uma variação considerável. A interação entre o grau de satisfação e qualidade de atendimento, comunicação, local do tumor e idade

foi significativa. A relação entre gênero, idade e percepção dos cuidados durante a fase inicial da doença foi examinada. Os doentes mais jovens (<45 anos) estavam significativamente menos satisfeitos com a comunicação do diagnóstico, do que os doentes mais velhos. Os doentes mais jovens também estavam significativamente menos satisfeitos com a privacidade no ambulatório, quando os testes foram realizados e o tempo que levou a que o diagnóstico fosse alcançado. Os doentes com tumores de alta incidência, isto é, mama, pulmão e colorretal relataram satisfação significativamente maior do que os doentes que sofrem de "outros tipos de cancro", isto é, da próstata, ginecológico e cancro gástrico .

Gourdji e colegas utilizaram uma amostra de conveniência de 96 doentes, recrutados num centro de oncologia de ambulatório e preencheram um questionário de satisfação de doentes com 26 item (SEQUS). As taxas de satisfação variaram de 47% para 79%, e as avaliações de maior importância, variaram de 89% a 99%, com percentuais mais altos indicando maior satisfação e nível de importância. Percepção do tempo de espera e falta de questionamento sobre a medicação, pelo farmacêutico, foram identificados como duas áreas que necessitam de melhorias. Os resultados sugerem que, identificando o que é mais importante para os doentes, os enfermeiros podem facilmente modificar o ambiente de cuidados para aumentar a satisfação do doente e qualidade de cuidados.

Alguns fatores potenciais de satisfação incluem o tipo de cancro, o estadio, o tipo de tratamento, dados demográficos do doente, tipo de amostra do estudo, ambiente institucional, e localização. Para a maior parte dos casos, os fatores que são preditores significativos da satisfação do doente, estão intimamente relacionados com a sua assistência. Incluem a 'performance, o desempenho dos médicos e das enfermeiras, atitude médico-doente (por exemplo, atencioso, oferecendo apoio emocional), e as informações fornecidas ao doente sobre a sua condição e programa de tratamento. Os doentes geralmente não estão em posição de julgar de forma confiável a solidez de um plano de diagnóstico ou tratamento, mas podem julgar se têm sido acompanhados de informações suficientes, e podem julgar o comportamento e as atitudes dos seus médicos.

Há pouca consistência no efeito dos fatores demográficos. Por exemplo, às vezes a idade é positivamente relacionada com a satisfação, mas em outros estudos, tem uma relação negativa. Se houver alguma regularidade no relacionamento de um fator demográfico específico para a satisfação, vai implicar haver mais pesquisas para descobrir isso, e qualquer relacionamento provavelmente será condicionada a outros fatores. Mais importante ainda, é que os estudos não têm sido consistentes em definir quais os fatores incluídos nos modelos para predizer a satisfação do utilizador.

Quadro 2 – Resumo dos estudos de satisfação em doentes oncológicos

<b>Autor, Ano do Estudo, País de Origem</b>	<b>Tipo de Estudo, Tamanho da Amostra, taxa de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Instrumento de Estudo, Número de itens</b>	<b>Áreas de Satisfação</b>	<b>Áreas de Insatisfação</b>
Gourdji, Canadá 2003,	Transversal, amostra de conveniência, 77%	Ambulatório	Questionário de Satisfação (SEQUS), 26	Tempo passado com a equipa, informações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos.	Tempo de espera, incapacidade de contactar a equipa por telefone na busca de aconselhamento, limitações no fornecimento de medicação pela farmácia.
Gesell, EUA 2004,	Amostra aleatória, 30%	Ambulatório	Pesquisa Anónima, 28	Coordenação de cuidados, equipa sensível às dificuldades individuais, inconveniências e necessidades emocionais.	Facilidade em encontrar sinalização, tempo de espera e cortesia da equipa diferencia entre doentes.
Groff, 2008, EUA	Prospetivo, randomizado, 92% não	Ambulatório	Questionário de Satisfação de Pacientes (PSQ-III), 50	Pulmão: tempo de espera, continuidade de cuidados, ambiente físico, confiança na equipa. Cabeça, Pescoço e Ginecologia: satisfação com o ambiente de confiança no equipa.	Ginecologia: ambiente físico.
Richard, Canadá 2010,	Transversal, amostra de conveniência, 48%	Ambulatório	Questionário Anónimo (Androfat), 21	Prestação de informações sobre o tempo de tratamento e locais, sentirem-se seguros durante o tratamento.	Tempo de espera, incapacidade em contactar a equipa para aconselhamento médico.
Fossa, Noruega 1996,	Séries de casos consecutivos, 73%	Ambulatório	Questionário feito pelo próprio	Capacidades e treino dos médicos, atenção dada aos problemas dos pacientes, respostas às questões.	Tempo de espera, pouco tempo na consulta de especialidade.
Thomas, Inglaterra 1997,	Amostra de conveniência, 98,5%	Ambulatório	Questionário feito pelo próprio	Conjunto de informação prestada aos pacientes, capacidades interpessoais dos médicos e enfermeiros, conhecimentos.	Tempo de espera, ambiente triste, falta de bebidas frescas.
Kavadas, 2004, Reino Unido	Séries de casos consecutivos, 79,8%	Internados	EORTCQLQ-PATSA32, 32	Médicos, enfermeiros, tempo de espera, troca de informações.	Acessos ao hospital, conforto e limpeza.
Kleeberg, Alemanha 2008,	Séries de casos consecutivos, 82%	Ambulatório	Questionário de Satisfação de Pacientes e Qualidade no Serviço de Oncologia (PASQOC), 63	Relação médico-paciente, enfermeiros e outros profissionais, mais apoio diário.	Gestão dos efeitos secundários, gestão da dor, partilha no processo de tomada de decisão.
Wiggers, Austrália 1998,	Séries de casos consecutivos, 84%	Ambulatório	Questionário feito pelo próprio	Capacidades técnicas dos médicos, certas capacidades interpessoais, p.e. vontade de discutir problemas com os pacientes, tratamento correto.	Escolha limitada de médicos no setor público, cuidados de saúde reembolsáveis, gestão de sintomas no domicílio, suporte de apoio fora da unidade de saúde.

## **PARTE II - OPÇÕES METODOLÓGICAS**

## 1 MÉTODOS

Neste capítulo são descritas as características da população e da amostra, especificam-se as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados e são apresentadas as questões de investigação e hipóteses formuladas. Por último, descreve-se o processo de colheita de dados, indicam-se e justificam-se as técnicas e medidas de análise de dados adotadas.

### 1.1 OBJETIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Neste estudo do tipo descritivo-correlacional transversal, constituem-se como objetivos:

- i) medir a satisfação global dos utilizadores de um hospital de dia de oncologia bem como as suas diferentes determinantes
- ii) avaliar a relação entre a satisfação global dos utilizadores e algumas variáveis sociodemográficas, de relação com o hospital
- iii) avaliar a relação entre a satisfação global dos utilizadores e variáveis relacionadas com a admissão, consulta e/ou tratamento.

Delinearam-se então duas hipóteses principais:

**Hipótese 1** – Existe diferença na Satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia consoante as suas características Sociodemográficas (Género, Idade, Situação Familiar, Situação Profissional, Grau de Ensino) e a sua relação com o Hospital (Familiar funcionário deste Hospital, Quem preencheu o questionário).

**Hipótese 2** – Existe diferença na Satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia consoante as características da Admissão, Consulta e

Tratamento (Utilizador pela primeira vez, tempos de espera/duração de consulta e/ou tratamento, especialidade médica).

## 1.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi efetuado no Hospital de Dia de Oncologia do CHUC-Polo HUC, que no ano de 2013 – anterior ao do estudo – realizou cerca de 16.100 sessões de quimioterapia, a doentes oncológicos de cinco especialidades médicas: Oncologia Médica, Ginecologia, Hematologia, Urologia e Pneumologia.

A população acessível deste estudo foram os doentes que a esta unidade se deslocaram entre 24 de março e 2 maio de 2014. Cada utente apenas preencheu uma vez o inquérito, mesmo que tenha vindo duas ou mais vezes nesse período.

O método de amostragem foi de conveniência, tendo sido selecionados para o estudo todos os doentes adultos, em fase ativa de tratamento de quimioterapia (incluindo os que vão pela primeira vez), que aceitassem participar e que reunissem condições cognitivas para fazer a avaliação ou cuja situação clínica não fosse considerada incapacitante. Em determinadas situações os doentes não conseguiam preencher o questionário de forma autónoma (por exemplo, por dificuldades visuais, ou por não saberem ler e escrever) pelo que era permitido que o questionário fosse preenchido por familiares/acompanhantes (posteriormente analisa-se se isto conduz ou não a alguma diferença na satisfação percebida). Obtiveram-se 310 questionários, dos quais se eliminaram 52 por estarem incompletos (mais de uma página por preencher), culminando numa amostra de 258 doentes.

## Caracterização da Amostra

Apresentam-se agora as variáveis sociodemográficas e de relação com o hospital (Quadro 3). Dos 258 doentes inquiridos, 53,5% são do sexo masculino. Relativamente à situação familiar, 67,4% são casados com registo, 10,9% são viúvos, 10,5% divorciados, 5,8% são solteiros e 5,4% viúvos.

Quadro 3 - Descrição das variáveis sociodemográficas e de relação com o hospital (n=258)

Itens	Feminino	Masculino	Total	
Género	Feminino	120 (100%)	120 (46.5%)	
	Masculino	-	138 (53.5%)	
Situação Familiar	Casado com registo	75 (62.6%)	99 (71.7%)	174 (67.4%)
	União de Facto	4 (3.3%)	11 (8.0%)	15 (5.8%)
	Solteiro(a)	7 (5.8%)	7 (5.1%)	14 (5.4%)
	Viúvo(a)	19 (15.8%)	9 (6.5%)	28 (10.9%)
	Divorciado(a)	15 (12.5%)	12 (8.7%)	27 (10.5%)
Situação Profissional	Empregado(a)	47 (39.2%)	41 (29.7%)	88 (34.1%)
	Reformado(a)	49 (40.8%)	87 (63.1%)	136 (52.7%)
	Desempregado(a)	17 (14.2%)	10 (7.2%)	27 (10.5%)
	Doméstico(a)	7 (5.8%)	-	7 (2.7%)
Grau de Ensino	Não sabe ler nem escrever	1 (0.8%)	-	1 (0.4%)
	Só sabe ler e escrever	6 (5.0%)	5 (3.6%)	11 (4.3%)
	1ºciclo - Ensino Básico	38 (31.7%)	51 (37.1%)	89 (34.4%)
	2ºciclo - Ensino Básico	11 (9.2%)	22 (15.9%)	33 (12.8%)
	3ºciclo - Ensino Básico	12 (10.0%)	14 (10.1%)	26 (10.1%)
	Ensino Secundário	9 (7.5%)	16 (11.6%)	25 (9.7%)
	Ensino Médio	15 (12.5%)	13 (9.4%)	28 (10.9%)
	Ensino Superior	28 (23.3%)	17 (12.3%)	45 (17.4%)
É funcionário deste Hospital	Sim	1 (0.8%)	-	1 (0.4%)
	Não	119 (99.2%)	138 (100%)	257 (99.6%)
Familiar funcionário deste Hospital	Sim	8 (6.7%)	10 (7.2%)	18 (7.0%)
	Não	112 (93.3%)	128 (92.8%)	240 (93.0%)
Quem preencheu este questionário	O próprio	87 (73.1%)	112 (81.2%)	199 (77.5%)
	O próprio com auxílio	23 (19.3%)	21 (15.2%)	44 (17.1%)
	Familiar	9 (7.6%)	5 (3.6%)	14 (5.4%)

Ainda de acordo com o quadro anterior, pode-se verificar quanto à situação profissional 52,7% dos doentes são reformados, sendo na sua maioria do sexo masculino (63,1%). Entre os indivíduos desempregados (10,5%) e os empregados (34,1%) a maioria é do sexo feminino (14,2% e 39,7% respetivamente). Apenas 2,7% são domésticas.



Relativamente ao grau de ensino, 34,4% dos doentes têm o 1.º ciclo do ensino básico, 17,4% completaram o ensino superior sendo a sua maioria indivíduos do sexo feminino (23,3%). Apenas 0,4% da amostra não sabe ler nem escrever e 4,3% só sabe ler e escrever.

Apenas um indivíduo (0,4%) é funcionário do hospital e 18 (7,0%) têm algum familiar que é funcionário do hospital.

Em relação ao preenchimento do questionário 77,5% dos indivíduos preencheram o questionário sem auxílio, 17,1% com auxílio e apenas 5,4% foi o familiar/acompanhante que o preencheu.

Relativamente à variável idade dos doentes (Quadro 4) verifica-se que a média é de 58.77 anos com desvio padrão de 12.98 anos, sendo que os doentes do sexo masculino ( $x=61.88$ ,  $s=12.71$ ) apresentam uma média de idade superior aos do sexo feminino ( $x=55.20$ ,  $s=12.41$ ). O inquirido mais novo tinha 19 anos e o mais velho 91 anos, ambos do sexo masculino.

Quadro 4 - Descrição da Idade dos doentes (n=258)

Itens	Feminino	Masculino	Total
x	55.20	61.88	58.77
S	12.41	12.71	12.98
Mínimo	25	19	19
Máximo	81	91	91
P25%	46.0	53.0	50.0
P50%	54.5	65.0	60.0
P75%	65.0	71.0	69.0

### 1.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Este estudo foi levado a cabo em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), tendo como

instrumento base à sua realização o questionário IAQH-HD (Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Hospital de Dia), Versão 1. Este instrumento deriva do *Hospital Employee Judgment System* cujas traduções, adaptações e desenvolvimentos são da responsabilidade do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, orientador desta tese.

O questionário IAQH-HD procura avaliar a opinião dos doentes (adultos) sobre a qualidade dos cuidados de saúde em ambulatório. A versão para Hospital de Dia não existia ainda, pelo que foi desenvolvida pelos investigadores deste trabalho, Adotou-se uma lógica inicial de construção relacionada com o percurso dos mesmos nessa unidade de saúde:

- i. antes da chegada ao Hospital de Dia;
- ii. na chegada ao Hospital de Dia (admissão e registo);
- iii. no Hospital de Dia antes de ter sido atendido para consulta e/ou tratamento;
- iv. durante a estadia
- v. satisfação global com atendimento no Hospital de Dia.

Nesta lógica, agruparam-se as 43 questões que avaliam a variável dependente nas seguintes subdivisões teóricas:

- Ao chegar ao hospital de dia
- Admissão e registo
- Área da consulta ou tratamento
- Cuidados gerais prestados
- Informação
- Enfermeiros(as)
- Médicos(as)
- Outro pessoal
- Condições de estadia

- Opinião geral
- Satisfação global

Às questões incluídas nestas subdivisões acrescentaram-se ainda outras para avaliar as variáveis sociodemográficas, de relação com a instituição, os tempos de espera, e aspetos relacionados com a admissão, a consulta e/ou tratamento, que se constituem como variáveis independentes. O instrumento inclui ainda duas questões que avaliam se o doente voltaria a este serviço e se o recomendaria, bem como uma questão aberta, para os doentes deixarem comentários adicionais (cuja análise constitui a parte qualitativa deste trabalho).

De referir que este processo de construção do instrumento envolveu também a sua submissão à apreciação de alguns colegas de trabalho e do orientador deste estudo, o que se traduziu no aperfeiçoamento do instrumento.

Foi depois realizado um pré-teste no dia 7 de março de 2013 a 10 doentes para verificar se as questões eram bem compreendidas. Uma vez que não se registaram dúvidas na compreensão e no preenchimento do questionário em todos estes doentes, não foi necessário efetuar qualquer alteração à versão utilizada.

Em suma, a versão final deste instrumento foi constituída por 75 questões (Anexo 1).

Após a recolha de dados, testou-se a validade de construto através da análise fatorial exploratória pelo Método de Componentes Principais (ACP), com a utilização de rotação ortogonal VARIMAX. Relativamente à decisão do número de fatores a reter na análise, definiu-se como critério a retenção dos fatores que apresentassem valores próprios (eigenvalue)  $\geq 1.00$ .

Na escolha das soluções fatoriais finais procuraram-se respeitar os seguintes critérios:

- a) a validade convergente do item com o fator, isto é, cada item deveria apresentar uma correlação com o fator  $\geq .30$ ;
- b) a validade discriminante do item com o fator, ou seja, o item deveria estar correlacionado apenas com o fator hipotético, se ele se correlacionasse com dois fatores era analisada a sua pertinência na utilização e manutenção desse item;
- c) a solução final encontrada deveria explicar aproximadamente 50% da variação total;
- d) não existência de discrepância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução obtida;
- e) cada fator deveria ser constituído no mínimo por 3 itens.

O quadro 5 apresenta o resultado desta análise fatorial, bem como inclui também o resultado da consistência interna dos fatores mediante o coeficiente alpha de Cronbach. Incluíram-se nesta análise fatorial os itens 6 a 48, os que constituem as perguntas nucleares do IASP. As restantes perguntas são de enquadramento ou de consequência da satisfação como é o caso da opinião geral ou da satisfação global.

Quadro 5 - Análise fatorial por componentes principais do IAQH-HD com solução rodada ortogonal VARIMAX e coeficientes de consistência interna

	Fatores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
29-Aspetos técnicos enfermeiros	<b>,813</b>	,218	,220	,099	,071	,110	,057	,015
32-Cuidados e carinho	<b>,805</b>	,158	,162	,124	,146	,099	-,038	,028
22-Ajuda e simpatia	<b>,761</b>	,302	,138	,051	,182	,076	,216	,037
33-Forma como os enfermeiros comunicaram	<b>,759</b>	,245	,114	,122	,076	,143	,008	,126
30-Atenção dos enfermeiros	<b>,754</b>	,189	,073	,184	,106	,212	,069	,073
20-Aspetos técnicos	<b>,718</b>	,286	,130	,076	,125	,088	,267	,075
23-Sensibilidade para os problemas	<b>,697</b>	,332	,190	,048	,114	,197	,133	,034
24-Coordenação dos cuidados	<b>,693</b>	,197	,172	,146	,245	,028	,314	,061
31-Resposta dos enfermeiros	<b>,656</b>	,218	,140	,301	,038	,124	,013	,153
26-Facilidade em obter informações	<b>,631</b>	,262	,161	,136	,172	,215	,263	,002
21-Satisfação das necessidades	<b>,620</b>	,380	,205	,044	,185	,036	,273	,083
27-Forma como foi esclarecido	<b>,505</b>	,413	,298	,095	,166	,196	,056	-,038
40-Pessoal auxiliar	<b>,494</b>	,246	,076	,414	,424	,057	,153	-,012
34-Atenção dos médicos	,275	<b>,823</b>	,092	,113	,081	,101	,104	,171
35-Disponibilidade dos médicos	,288	<b>,815</b>	,078	,104	,166	,074	,068	,037
38-Infomação dos médicos	,295	<b>,791</b>	,139	,164	,018	,174	,100	,126
36-Cuidados dos médicos	,377	<b>,784</b>	,085	,159	,225	,085	,101	,013
37-Aspetos técnicos médicos	,369	<b>,767</b>	,061	,166	,243	,109	,110	-,049
39-Coordenação dos médicos	,317	<b>,737</b>	,029	,224	,175	,159	,119	,051
07-Sinalização do Hospital	,250	,099	<b>,821</b>	,074	,029	,175	,069	,027
06-Localização	,229	,059	<b>,781</b>	,032	,095	,174	,206	,111
09-Sinalização do HDO	,273	,155	<b>,710</b>	,028	,196	,134	,212	,183
10-Edifício do HDO	,141	,076	<b>,635</b>	,251	,269	,096	,247	,074
47-Acompanhantes	,255	,280	,039	<b>,736</b>	,106	,022	,178	,163
48-Horário	,038	,243	,111	<b>,725</b>	-,014	,113	,124	,119
43-Sala	,363	,063	,171	<b>,520</b>	,421	,083	,041	,163
45-Ambiente calmo	,369	,053	,001	<b>,511</b>	,210	,132	,234	,328
28-Infomações a acompanhantes	,322	,409	,281	<b>,447</b>	-,064	,239	,053	,080
14-Infomações	,335	,271	,177	-,052	<b>,608</b>	,202	,254	,144
41-Serviço social	,297	,265	,223	,303	<b>,572</b>	,170	-,058	-,065
13-Forma de Atendimento	,409	,277	,101	-,092	<b>,555</b>	,214	,189	,205
42-Serviços farmacêuticos	,208	,395	,239	,210	<b>,497</b>	,023	-,057	,133
15-Sala de espera	,011	,155	,310	,159	<b>,450</b>	,223	,389	,297
12-Tempo de espera na Admissão	,187	,220	,331	,116	,188	<b>,716</b>	-,012	,037
17-Tempo de espera no tratamento	,142	,041	,143	,143	,043	<b>,711</b>	,384	,124
11-Eficiência do processo de admissão	,303	,240	,329	,037	,242	<b>,599</b>	-,014	-,026
25-Tempo nos cuidados gerais prest.	,302	,186	,030	,062	,072	<b>,529</b>	,247	,139
18-Condições da sala	,199	,132	,265	,168	,049	,253	<b>,708</b>	,123
19-Equipamento	,327	,127	,310	,231	,104	,053	<b>,600</b>	,047
16-Privacidade	,321	,222	,301	,191	,099	,236	<b>,539</b>	,099
44-Equipamentos de apoio	,093	-,040	,015	,156	,061	,023	-,072	<b>,780</b>
46-Qualidade da alimentação	,048	,106	,167	,327	,115	-,074	,150	<b>,610</b>
08-Estacionamento	,052	,160	,116	-,024	,033	,210	,168	<b>,607</b>
Valores próprios	18,48	2,87	2,19	1,85	1,26	1,20	1,09	1,02
% Variação explicada	19,56	13,29	8,18	6,70	5,97	5,85	5,60	4,50
% Variação explicada acumulada	19,56	32,85	41,03	47,73	53,70	59,55	65,15	69,66
Alpha de Cronbach por fator	0,959	0,958	0,858	0,845	0,816	0,787	0,798	0,591
Alpha de Cronbach para o IAQH-HD	0,975							

Ficaram assim redefinidas as dimensões do questionário da seguinte forma:

**Dimensão 1 (ENF)** – Satisfação global dos utilizadores relativamente aos enfermeiros e cuidados diários (13 itens: p20, p21, p22, p23, p24, p26, p27, p29, p30, p31, p32, p33, p40)

**Dimensão 2 (MED)** – Satisfação global dos utilizadores relativamente aos médicos (6 itens: p34, p35, p36, p37, p38, p39)

**Dimensão 3 (ACE)** – Satisfação relativa às acessibilidades (4 itens: p6, p7, p9, p10)

**Dimensão 4 (EST)** – Satisfação relativa às condições de estadia (5 itens: p28, p43, p45, p47, p48)

**Dimensão 5 (PRO)** – Satisfação relativa aos outros profissionais de saúde (5 itens: p13, p14, p15, p41, p42)

**Dimensão 6 (TMP)** – Satisfação relativa ao tempo de espera (4 itens: p11, p12, p17, p25)

**Dimensão 7 (CON)** – Satisfação área de consulta/tratamento (3 itens p16, p18, p19)

**Dimensão 8 (AMN)** – Satisfação relativa às amenidades (3 itens: p8, p44, p46)

**ÍNDICE IAQD-HD** – 43 itens (p6-p48)

O estudo da fidelidade poderá definir a confiança que depositamos no instrumento de colheita de dados relativamente à constância dos resultados obtidos. Neste contexto, a avaliação da consistência interna dos instrumentos utilizados foi realizada mediante a determinação do Alpha de Cronbach, cujo resultado se apresentou no quadro anterior (Quadro 5). De acordo com Ribeiro (1999), valores de consistência de 0.80, ou acima, são considerados bons, como é o caso da maior parte das dimensões e do IAQH-HD ( $\alpha=0.975$ ). Ainda se consideram aceitáveis valores tão baixos como 0.60 quando estamos perante um número reduzido de itens que constituem o fator, como acontece na dimensão “Satisfação relativa às amenidades” ( $\alpha=0.591$ ).

Por fim, de referir que os diferentes itens que compõem as dimensões foram combinados, adicionando as pontuações de cada um (de 1 a 5), graduando-as de 0 a 100, pela fórmula:  $(x-1)*25$ , em que x é a questão a ser transformada. Assim, uma pontuação de 100 numa escala significa que todas as suas questões foram classificadas com 5 (excelente). Uma pontuação de 0 significa que todas as questões foram respondidas com 1 (mau).

#### 1.4 PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O processo teve início com um pedido formal à Diretora Clínica do HDO. Posteriormente foi organizado processo de parecer científico à comissão de ética do CHUC e pedido formal para realização do estudo ao CA.

Após resposta positiva ao pedido pelas duas entidades (Anexo 2), foram aplicados os questionários nas salas de tratamento para quimioterapia. Os questionários eram entregues por um profissional de saúde (na fase inicial do estudo não associado ao serviço, mas posteriormente por profissionais do HDO) e estes eram colocados no final em caixas colocadas à saída das salas de tratamento. Era explicado ao doente que não havia respostas certas ou erradas e que este depois poderia ter, se precisasse a ajuda do familiar/acompanhante para o preenchimento.

#### 1.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Como já se referiu, este trabalho é sobretudo de cariz quantitativo, mas inclui também a análise qualitativa de uma questão aberta. Assim, apresentam-se os procedimentos de análise de forma separada.

### 1.5.1 Análise quantitativa

Para o nosso estudo recorreremos a técnicas estatísticas quantitativas que se podem classificar como descritivas e como inferenciais. Assim, numa primeira fase fazemos a descrição da nossa amostra com recurso a estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens) bem como medidas de tendência central (Média) e medidas de dispersão (Desvio-padrão e Amplitude interquartilica, mínimo e máximo).

Posteriormente, para testar as hipóteses em estudo recorreremos a testes paramétricos, após termos validado de modo geral os pressupostos necessários, nomeadamente a normalidade da distribuição da variável dependente (Kolmogorov-Smirnov com o fator de *Correção de Lilliefors*). Nem sempre este pressuposto foi cumprido, verificando-se que a amostra era enviesada, com a presença de muitos elementos “muito satisfeitos”. Assumimos nessa situação o Teorema do limite central e a robustez dos testes paramétricos à quebra do pressuposto anterior nas situações em que a amostra é consideravelmente grande (a nossa tinha 258 indivíduos). Assim, quando se comparavam a satisfação entre dois grupos independentes recorreremos ao teste *t de Student* para Amostras Independentes ao passo que quando eram três ou mais grupos independentes em comparação recorreremos ao *One-Way ANOVA* e ao Teste de Comparações Múltiplas (Post-hoc) *Tukey* (HSD).

Pra o teste de correlação com variáveis independentes contínuas (como é o caso da idade) calculou-se o do *coeficiente de Pearson*. Neste caso, para avaliar a magnitude e dimensões da associação – quando estatisticamente significativa – utilizaram-se os valores de referência (Pestana e Gageiro, 2005):  $r < 0,2$  – Associação muito fraca (desprezível);  $0,2 \leq r < 0,39$  – Associação fraca;  $0,40 \leq r < 0,69$  – Associação moderada;  $0,70 \leq r < 0,84$  – Associação forte;  $r > 0,90$  – Associação muito elevada.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha=0,05$  com intervalo de confiança de 95%, rejeitando-se  $H_0$  quando os valores de significância eram inferiores a este.



### 1.5.2 Análise Qualitativa

Para a análise das respostas à questão “67 - *Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por este Hospital de Dia?*” seguiu-se uma abordagem qualitativa, pela necessidade de selecionar os excertos (unidades naturais de significado) mais significativos das respostas e de os categorizar. Dado o carácter relativamente simples das respostas, não se sentiu necessidade de recorrer a nenhum modelo ou técnica específica de análise de dados, sendo dessas uma das mais conhecidas a Técnica de Análise Conteúdo de Bardin (1977). Nesse sentido, apenas seleccionámos os excertos, organizámo-los por categorias, por sua vez divididas em indicadores, que por sua vez reúnem as unidades naturais de significado que foram também contadas (isto é, contou-se o número de pessoas que referiu determinado aspeto). Se um doente referiu duas vezes a mesma coisa, apenas foi contada uma vez.

### **PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Este é o cerne do nosso trabalho, onde se apresenta o resultado da satisfação obtida nas diferentes dimensões e o resultado do teste de hipóteses.

### 1.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Começamos por apresentar os resultados dos itens que não fazem parte das dimensões do IAQH-HD. Assim, no que concerne aos tempos de espera (Quadro 6), em média, os doentes chegam à unidade hospitalar às 8 horas e 6 minutos com desvio padrão de 48 minutos, sendo que há pessoas a chegar entre as 6h e as 12h30m. Estes doentes esperaram em média 29 minutos ( $s=0h29m$ ) até ao registo e cerca de 1 hora e 22 minutos (82 m) entre o registo e a admissão ( $s=1h07m$ ). A média da duração da consulta é de 20 minutos com desvio padrão de 15 minutos e a duração do tratamento é em média de 3h22m com desvio padrão de 1h40m. No quadro estão ainda patentes os máximos e mínimos para cada variável, bem como os tempos por percentil.

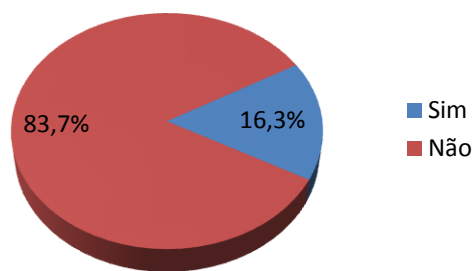
Quadro 6 – Descrição dos tempos de espera e de duração da consulta e/ou tratamento (n=258)

Itens	x (s)	Mín. – Máx.	Percentis P25 – P50 – P75
Horas de chegada	8h06m ( $\pm 0h48m$ )	6h00m – 12h30m	7h45m – 8h00m – 8h20m
Tempo de espera até o registo	0h29m ( $\pm 0h29m$ )	0h00m – 2h30m	0h05m – 0h23m – 0h40m
Tempo de espera entre o registo e a admissão	1h22m ( $\pm 1h07m$ )	0h00m – 6h30m	0h30m – 1h05m – 2h00m
Tempo que durou a consulta	0h20m ( $\pm 0h15m$ )	0h00m – 1h30m	0h10m – 0h15m – 0h30m
Tempo que durou o tratamento	3h22m ( $\pm 1h40m$ )	0h10m – 8h14m	2h00m – 3h00m – 4h30m

Quanto à experiência anterior nesta unidade de saúde (Gráfico 1), verifica-se que a maioria dos doentes (83,7%) já tinham recorrido ao aquele hospital de dia anteriormente. Para 16,3% dos inquiridos esta era a primeira vez que ali recorriam.

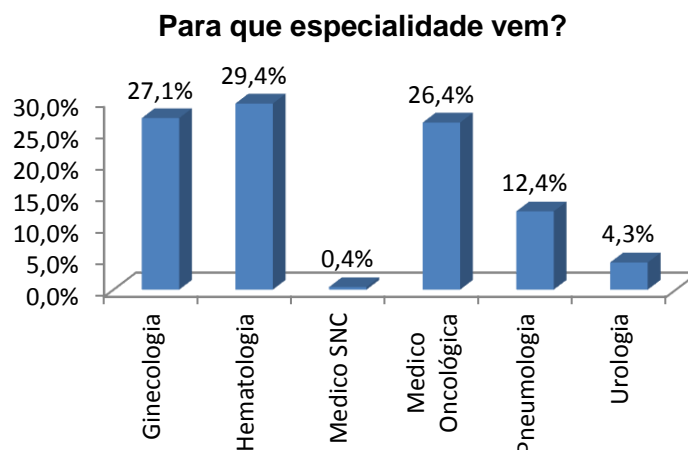
Gráfico 1 – Experiência anterior na unidade de saúde (n=258)

### É a primeira vez que vem a este hospital de dia?



Relativamente à especialidade médica em que eram seguidos (Gráfico 2), a maioria dos inquiridos destinava-se à hematologia (29,4%), à ginecologia (27,1%) e à oncologia (26,4%), perfazendo para estas três especialidades um total de 82,9% da afluência. Os restantes 17,1% dos inquiridos destinavam-se à pneumologia (12,4%), à urologia (4,3%) e uma muito pequena parcela de 0,4% à medicina do sistema nervoso central.

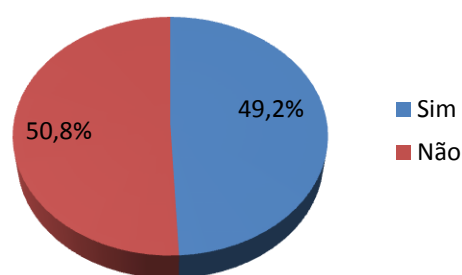
Gráfico 2 – Distribuição dos doentes por especialidade (n=258)



Quanto ao recurso anterior a consulta de outra especialidade (Gráfico 3), verifica-se que 49,2% dos inquiridos já tinha recorrido a alguma consulta de uma especialidade diferente da que frequentavam à data neste hospital de dia.

Gráfico 3 – Experiência anterior como doente de outra especialidade (n=258)

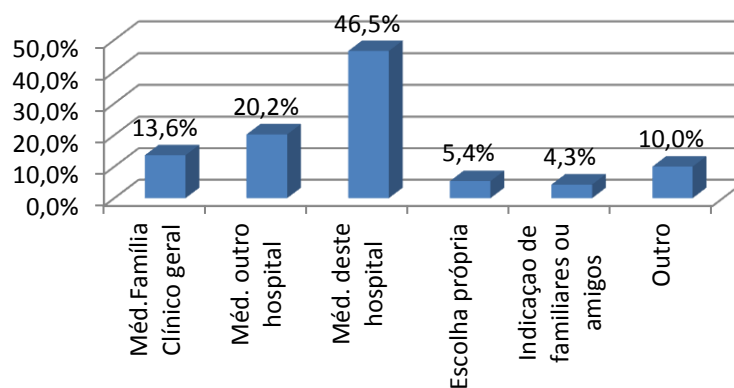
**Já foi a alguma consulta de outra especialidade?**



Relativamente à referenciação para o serviço (Gráfico 4), 46,4% dos doentes foram referenciados por um médico do próprio hospital, 20,2% por um médico de outro hospital e 13,6% pelo médico de família. Apenas 5,4% dos inquiridos recorreram ao serviço por iniciativa própria, 4,3% por indicação de familiares ou amigos e 10,0% por outros.

Gráfico 4 – Entidade referenciadora para o serviço (n=258)

**Quem lhe indicou este serviço?**



Apresenta-se agora a estatística descritiva dos diferentes itens que compõem as diferentes dimensões do instrumento, que apresentaremos na sequência que surgiram no questionário (e não de acordo com a reorganização após a análise fatorial). As considerações realizadas aos resultados apresentados nos quadros baseiam-se sobretudo nos valores médios obtidos para cada item. Apresentam-se os resultados por género, sendo que quando for patente alguma diferença significativa a mesma será salientada.

Assim, relativamente à chegada ao hospital de dia (Quadro 7), em média, os inquiridos consideram a localização muito boa ( $x=2.24$ ,  $s=12.71$ ), assim como a sinalização do hospital ( $x=2.34$ ,  $s=0.90$ ) e o edifício ( $x=2.37$ ,  $s=0.86$ ). A sinalização do hospital de dia ( $x=2.52$ ,  $s=0.92$ ) é, em média, considerada entre boa e muito boa. O estacionamento é considerado pelos inquiridos como regular ( $x=4.12$ ,  $s=1.10$ ). Não são patentes grandes diferenças entre homens e mulheres.

Quadro 7 - Descrição dos itens que compõem a secção "Ao chegar ao hospital de dia" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Localização	x (1 a 5)	2.32	2.17	2.24
	(s)	± 0.81	± 0.91	± 0.87
Sinalização do hospital	x (1 a 5)	2.34	2.35	2.34
	(s)	± 0.86	± 0.95	± 0.90
Estacionamento	x (1 a 5)	4.17	4.09	4.12
	(s)	± 1.06	± 1.12	± 1.10
Sinalização do hospital de dia	x (1 a 5)	2.61	2.45	2.52
	(s)	± 0.91	± 0.93	± 0.92
Edifício	x (1 a 5)	2.41	2.33	2.37
	(s)	± 0.81	± 0.90	± 0.86

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

Relativamente à descrição dos doentes sobre a admissão e registo (Quadro 8), em média, os inquiridos avaliam a forma de atendimento ( $x=2.00$ ,  $s=0.91$ ) e as informações ( $x=2.19$ ,  $s=0.89$ ) com muito bom. Avaliam ainda como bom o tempo de espera ( $x=2.81$ ,  $s=0.92$ ) e a sala de espera ( $x=2.97$ ,  $s=1.00$ ). A eficiência do processo de admissão é, em média, considerada entre boa e muito boa ( $x=2.52$ ,  $s=1.03$ ).

Quadro 8 - Descrição dos itens que compõem a secção "Admissão e registo" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Eficiência do processo de admissão	x (1 a 5)	2.52	2.51	2.52
	(s)	± 0.98	± 1.08	± 1.03
Tempo de espera	x (1 a 5)	2.84	2.78	2.81
	(s)	± 1.05	± 1.08	± 1.06
Forma de atendimento	x (1 a 5)	2.05	1.96	2.00
	(s)	± 0.94	± 0.88	± 0.91
Informações	x (1 a 5)	2.27	2.13	2.19
	(s)	± 0.92	± 0.86	± 0.89
Sala de espera	x (1 a 5)	2.98	2.95	2.97
	(s)	± 0.98	± 1.02	± 1.00

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

Quanto à descrição dos doentes sobre a área da consulta ou tratamento (Quadro 9), em média, a privacidade ( $x=2.41$ ,  $s=0.94$ ) e o equipamento ( $x=2.41$ ,  $s=0.78$ ) são avaliados com muito bom. De acordo com os inquiridos o tempo de espera é bom ( $x=3.02$ ,  $s=1.04$ ) e as condições da sala são consideradas entre o bom e o muito bom ( $x=2.49$ ,  $s=0.85$ ).

Quadro 9 - Descrição dos itens que compõem a secção "Área da consulta ou tratamento" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Privacidade	x (1 a 5)	2.41	2.41	2.41
	(s)	± 0.93	± 0.96	± 0.94
Tempo de espera	x (1 a 5)	3.08	2.96	3.02
	(s)	± 0.96	± 1.11	± 1.04
Condições da sala	x (1 a 5)	2.67	2.34	2.49
	(s)	± 0.81	± 0.86	± 0.85
Equipamento	x (1 a 5)	2.53	2.31	2.41
	(s)	± 0.72	± 0.82	± 0.78

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

De acordo com a descrição dos doentes sobre os cuidados gerais prestados (Quadro 10), são considerados muitos bons os aspetos técnicos ( $x=1.93$ ,  $s=0.80$ ), a satisfação das suas necessidades ( $x=1.97$ ,  $s=0.88$ ), a ajuda e simpatia ( $x=1.83$ ,  $s=0.77$ ), a sensibilidade para os problemas ( $x=2.04$ ,  $s=0.89$ ) e a coordenação dos cuidados ( $x=2.02$ ,  $s=0.82$ ). O tempo dos cuidados é bom ( $x=2.98$ ,  $s=0.99$ ).

Quadro 10 - Descrição dos itens que compõem a secção "Cuidados gerais prestados" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Aspetos técnicos	x (1 a 5)	2.01	1.87	1.93
	(s)	± 0.86	± 0.75	± 0.80
Satisfação das suas necessidades	x (1 a 5)	1.95	1.99	1.97
	(s)	± 0.88	± 0.88	± 0.88
Ajuda e simpatia	x (1 a 5)	1.80	1.86	1.83
	(s)	± 0.80	± 0.5	± 0.77
Sensibilidade para os problemas	x (1 a 5)	1.96	2.12	2.04
	(s)	± 0.90	± 0.88	± 0.89
Coordenação dos cuidados	x (1 a 5)	2.03	2.00	2.02
	(s)	± 0.89	± 0.76	± 0.82
Tempo	x (1 a 5)	3.09	2.89	2.98
	(s)	± 0.91	± 1.06	± 0.99

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

Em relação à informação (Quadro 11), as informações ( $x=2.25$ ,  $s=0.97$ ) e a facilidade em obter informações ( $x=2.14$ ,  $s=0.78$ ) são avaliadas em muito bom. As informações aos acompanhantes são avaliadas entre bom e muito bom ( $x=2.55$ ,  $s=1.14$ ).

Quadro 11 - Descrição dos itens que compõem a secção "Informação" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Facilidade em obter informações	x (1 a 5)	2.12	2.17	2.14
	(s)	± 0.91	± 0.84	± 0.87
Informações	x (1 a 5)	2.22	2.27	2.25
	(s)	± 1.01	± 0.93	± 0.97
Informações a acompanhantes	x (1 a 5)	2.53	2.57	2.55
	(s)	± 1.19	± 1.11	± 1.14

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

A respeito da descrição dos doentes sobre os enfermeiro(as) (Quadro 12), em média, consideram-se muito bons todos os itens avaliados, nomeadamente os aspetos técnicos ( $x=1.80$ ,  $s=0.78$ ), a atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde ( $x=1.91$ ,  $s=0.83$ ), a resposta destes profissionais às suas chamadas ( $x=1.92$ ,  $s=0.88$ ), os cuidados e carinhos ( $x=1.70$ ,  $s=0.75$ ) e a informação cedida ( $x=1.91$ ,  $s=0.86$ ).



Quadro 12 - Descrição dos itens que compõem a secção "Enfermeiros(as)" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Aspetos Técnicos	x (1 a 5)	1.79	1.81	1.80
	(s)	± 0.83	± 0.74	± 0.78
Atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde	x (1 a 5)	1.97	1.86	1.91
	(s)	± 0.90	± 0.77	± 0.83
Resposta da enfermagem às suas chamadas	x (1 a 5)	1.89	1.95	1.92
	(s)	± 0.93	± 0.83	± 0.88
Cuidados e carinhos	x (1 a 5)	1.72	1.69	1.70
	(s)	± 0.80	± 0.71	± 0.75
Informação fornecida	x (1 a 5)	1.85	1.96	1.91
	(s)	± 0.85	± 0.87	± 0.86

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

Quanto à descrição dos doentes sobre os médicos(as) (Quadro 13), em média, consideram-se também muito bons todos os itens avaliados, mais concretamente a atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde ( $x=2.16$ ,  $s=0.96$ ), a sua disponibilidade ( $x=2.27$ ,  $s=1.04$ ), os cuidados e carinho ( $x=2.04$ ,  $s=0.96$ ), os aspetos técnicos ( $x=2.05$ ,  $s=0.90$ ), a informação fornecida ( $x=2.22$ ,  $s=1.03$ ) e a coordenação ( $x=2.10$ ,  $s=1.00$ ).

Quadro 13 - Descrição dos itens que compõem a secção "Médicos(as)" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde	x (1 a 5)	2.17	2.14	2.16
	(s)	± 1.08	± 0.84	± 0.96
Disponibilidade dos médicos	x (1 a 5)	2.21	2.32	2.27
	(s)	± 1.08	± 1.00	± 1.04
Cuidados e carinho	x (1 a 5)	1.98	2.09	2.04
	(s)	± 1.02	± 0.90	± 0.96
Aspetos técnicos	x (1 a 5)	2.04	2.06	2.05
	(s)	± 0.96	± 0.84	± 0.90
Informação fornecida	x (1 a 5)	2.22	2.22	2.22
	(s)	± 1.11	± 0.96	± 1.03
Coordenação	x (1 a 5)	2.07	2.13	2.10
	(s)	± 1.06	± 0.94	± 1.00

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

Relativamente à descrição dos doentes sobre o “outro pessoal” (Quadro 14), em média, considera-se também muito bom o pessoal auxiliar ( $x=2.27$ ,  $s=0.94$ ), do serviço social ( $x=2.16$ ,  $s=1.02$ ) e dos serviços farmacêuticos ( $x=2.32$ ,  $s=1.23$ ).

Quadro 14 - Descrição dos itens que compõem a secção "Outro pessoal" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Pessoal auxiliar	x (1 a 5)	2.16	2.36	2.27
	(s)	± 0.90	± 0.96	± 0.94
Serviço social	x (1 a 5)	2.05	2.25	2.16
	(s)	± 0.87	± 1.13	± 1.02
Serviços farmacêuticos	x (1 a 5)	2.35	2.30	2.32
	(s)	± 1.19	± 1.26	± 1.23

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

De acordo com a descrição dos doentes sobre as condições de estadia (Quadro 15), em média, a sala é considerada muito boa ( $x=2.12$ ,  $s=0.90$ ). O ambiente calmo ( $x=2.48$ ,  $s=0.96$ ) e os acompanhantes ( $x=2.49$ ,  $s=1.04$ ) são considerados entre o bom e o muito bom. É considerado bom o horário ( $x=2.59$ ,  $s=1.11$ ) e a qualidade da alimentação ( $x=2.93$ ,  $s=1.21$ ). Apenas é avaliada como regular a utilização de equipamento de apoio ( $x=3.88$ ,  $s=1.86$ ).

Quadro 15 - Descrição dos itens que compõem a secção "Condições da Estadia" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Sala	x (1 a 5)	2.11	2.13	2.12
	(s)	± 0.83	± 0.96	± 0.90
Utilização de equipamento de apoio	x (1 a 5)	3.90	3.86	3.88
	(s)	± 1.85	± 1.87	± 1.86
Ambiente calmo	x (1 a 5)	2.52	2.44	2.48
	(s)	± 0.93	± 0.99	± 0.96
Qualidade da alimentação	x (1 a 5)	2.87	2.98	2.93
	(s)	± 1.17	± 1.25	± 1.21
Acompanhantes	x (1 a 5)	2.40	2.57	2.49
	(s)	± 0.99	± 1.08	± 1.04
Horário	x (1 a 6)	2.48	2.68	2.59
	(s)	± 1.03	± 1.17	± 1.11

Legenda: 1=Excelente; 2=Muito Bom; 3=Bom; 4=Regular; 5=Mau; 6=Não se aplica.

A opinião geral (Quadro 16) dos doentes sobre a qualidade do hospital de dia ( $x=3.96$ ,  $s=0.83$ ), o impacto do seu tratamento ( $x=3.84$ ,  $s=0.92$ ) e a imagem do seu hospital de dia ( $x=3.95$ ,  $s=0.93$ ) é muito boa.

Quadro 16 - Descrição dos itens que compõem a secção "Opinião geral" (n=258)

Itens		Feminino	Masculino	Total
Qualidade do hospital de dia	x (1 a 5)	3.89	4.01	3.96
	(s)	$\pm 0.85$	$\pm 0.82$	$\pm 0.83$
Impacto do seu tratamento	x (1 a 5)	3.83	3.86	3.84
	(s)	$\pm 0.94$	$\pm 0.90$	$\pm 0.92$
Imagem do hospital de dia	x (1 a 5)	3.92	3.99	3.95
	(s)	$\pm 1.05$	$\pm 0.82$	$\pm 0.93$

"1=Mau; 2=Regular; 3=Bom; 4=Muito Bom; 5=Excelente; 6=Não se aplica.

Relativamente à satisfação global (Quadro 17), os doentes “concordam” com os itens “*Fui tão bem tratado/a no hospital de dia que até comentei com a minha família e amigos*” ( $x=3.49$ ,  $s=0.52$ ), “*Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a*” ( $x=2.72$ ,  $s=0.71$ ), “*Soube sempre quem era o meu médico assistente*” ( $x=3.49$ ,  $s=0.57$ ) e “*Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados*” ( $x=3.12$ ,  $s=0.73$ ). Às afirmações “*Fui muito bem tratado/a pelos médicos*” ( $x=3.53$ ,  $s=0.59$ ) e “*Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros*” ( $x=3.65$ ,  $s=0.51$ ) responderam que “concordam plenamente”.

No diz respeito à descrição da satisfação global, os doentes consideram muito bom o respeito com que foram tratados e a forma como a sua privacidade foi mantida ( $x=4.00$ ,  $s=0.85$ ), a confidencialidade com que o seu processo clínico e toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida ( $x=3.94$ ,  $s=0.91$ ), a forma como foram envolvidos na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deram para testes ou tratamentos ( $x=3.54$ ,  $s=0.98$ ), a qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza ( $x=3.76$ ,  $s=0.81$ ) e a rapidez do atendimento ( $x=3.52$ ,  $s=0.98$ ). De acordo com os doentes é avaliada como boa a liberdade de escolha

do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião ( $x=3.23$ ,  $s=0.81$ ).

Quadro 17 - Descrição dos itens que compõem a secção "Satisfação global" (n=258)

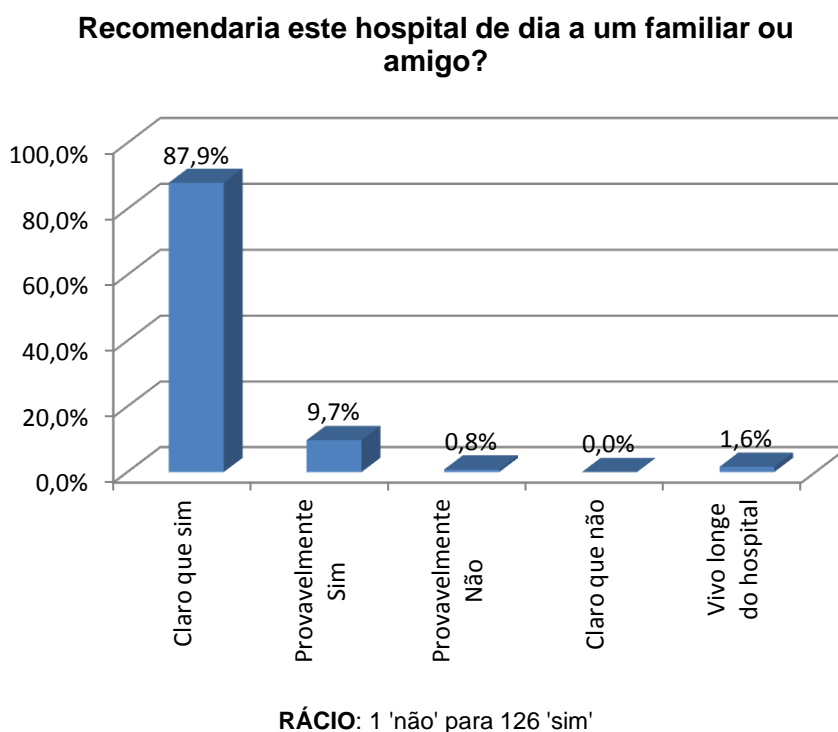
Itens		Feminino	Masculino	Total
Fui tão bem tratado/a no hospital de dia que até comentei com a minha família e amigos.	x (1 a 4) (s)	3.52 ± 0.53	3.46 ± 0.52	3.49 ± 0.52
Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a.	x (1 a 4) (s)	2.63 ± 0.74	2.80 ± 0.67	2.72 ± 0.71
Soube sempre quem era o meu médico assistente.	x (1 a 4) (s)	3.52 ± 0.57	3.46 ± 0.57	3.49 ± 0.57
Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.	x (1 a 4) (s)	3.09 ± 0.77	3.15 ± 0.70	3.12 ± 0.73
Fui muito bem tratado/a pelos médicos.	x (1 a 4) (s)	3.59 ± 0.57	3.47 ± 0.59	3.53 ± 0.59
Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros.	x (1 a 4) (s)	3.68 ± 0.47	3.62 ± 0.54	3.65 ± 0.51
A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas.	x (1 a 5) (s)	3.73 ± 0.90	3.73 ± 0.85	3.73 ± 0.87
O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.	x (1 a 5) (s)	4.03 ± 0.87	3.98 ± 0.83	4.00 ± 0.85
A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida.	x (1 a 5) (s)	3.92 ± 0.96	3.96 ± 0.86	3.94 ± 0.91
Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para testes ou tratamentos.	x (1 a 5) (s)	3.42 ± 1.08	3.64 ± 0.87	3.54 ± 0.98
Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza.	x (1 a 5) (s)	3.61 ± 0.81	3.89 ± 0.79	3.76 ± 0.81
Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião.	x (1 a 5) (s)	3.11 ± 1.15	3.34 ± 1.01	3.23 ± 1.08
A rapidez com que foi atendido/a	x (1 a 5) (s)	3.44 ± 0.97	3.58 ± 1.00	3.52 ± 0.98

(1 a 4) => 1=Discordo Plenamente; 2=Discordo; 3=Concordo; 4=Concordo Plenamente.

(1 a 5) => 1=Mau; 2=Regular; 3=Bom; 4=Muito Bom; 5=Excelente.

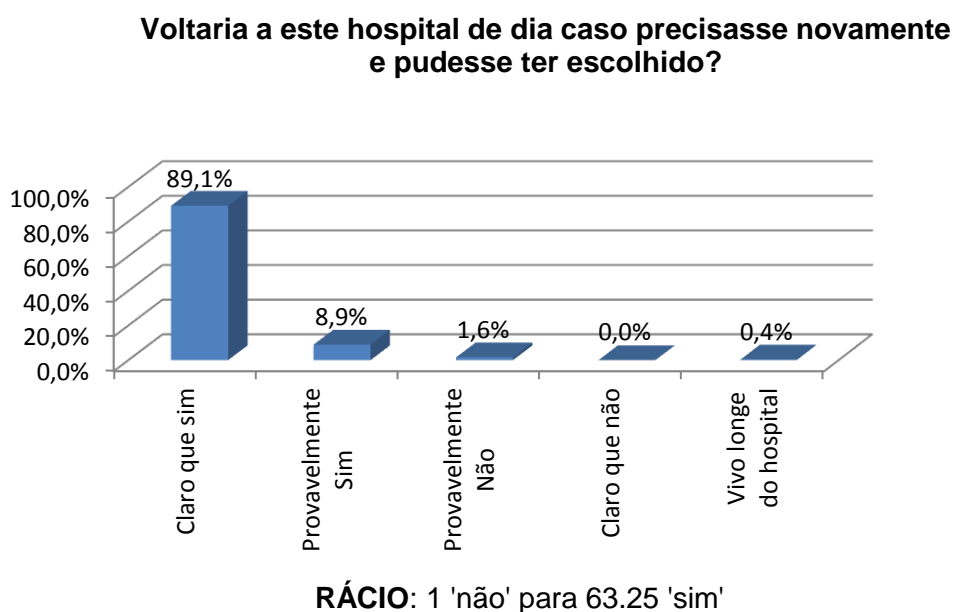
No que diz respeito à questão “recomendaria este hospital de dia a um familiar ou amigo?” (Gráfico 5), verifica-se que 87,9% dos inquiridos respondem “claro que sim” e 9,7% “provavelmente que sim”. Apenas 0,8% dos inquiridos respondem que “provavelmente não” recomendariam este hospital de dia. Considerando de um lado o número e pessoas que recomendaria (“Claro que sim” e “provavelmente sim”) e de outro os que não recomendariam (“provavelmente não” e “claro que não”) o rácio entre opiniões positivas e negativas é de 1 negativa por cada 126 positivas.

Gráfico 5 – Recomendação do hospital de dia a um familiar ou amigo (n=258)



No que diz respeito à questão “voltaria a este hospital de dia caso precisasse novamente e pudesse ter escolhido?” (Gráfico 6), verifica-se que 89,1% dos inquiridos respondem “claro que sim” e 8,9% “provavelmente que sim”. Apenas 1,6% dos inquiridos respondem que “provavelmente não” voltariam a este hospital de dia. Desta feita, o rácio entre opiniões positivas e negativas é de 1 negativa para cerca de 63 positivas.

Gráfico 6 – Fidelização com o hospital de dia (n=258)



Para finalizar esta parte descritiva, apresentamos aqueles que são dos resultados mais importantes e que traduzem a percentagem média de satisfação dos utilizadores. Assim, no quadro 17 é possível verificar que o Índice de Qualidade Global Percecionada desta amostra é de 67,74%(±14,95). A dimensão em que a satisfação é maior é a dos “Enfermeiros e cuidados diários” (75,85%±16,92), seguida pela dos “Médicos” (71,77%±21,83). Como dimensões com menor percentagem média de satisfação encontram-se as “Amenidades” (44,69%±19,75) e o “Tempo” (54,86%±19,36) que as pessoas gastam nas diferentes atividades. A análise dos mínimos obtidos é também bastante importante. Mais uma vez é nos “Enfermeiros e cuidados diários” que esse mínimo é mais elevado (34,62%) sendo que nos “Médicos” este valor mínimo (10%) só está acima das “Amenidades”, que atingem os 0% e da “consulta e tratamento” (8,33%). De salientar por fim que é também na dimensão “médicos” que se verifica o maior desvio padrão (s=21,83), contrastando com as dimensões “Outros profissionais” (s=16,81) e “Enfermeiros e cuidados diários” (s=16,92) que possuem a menor amplitude de variação nas respostas.

Quadro 18 - Percentagem média de satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia (n=258)

Dimensão	N	% Mín.	% Máx.	% Média	s
Enfermeiros e cuidados diários	258	34,62	100,00	75,85	16,92
Médicos	258	10,00	100,00	71,77	21,83
Acessibilidade	257	25,00	100,00	66,12	18,04
Condições da estadia	256	30,00	100,00	66,16	17,37
Outros profissionais	257	25,00	100,00	68,37	16,81
Tempo	257	12,50	100,00	54,86	19,36
Consulta ou tratamento	258	8,33	100,00	64,05	18,17
Amenidades	241	0,00	100,00	44,69	19,75
Índice de Qualidade Global Percecionada	258	32,14	100,00	67,74	14,95

## 1.2 ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Apresentam-se agora os resultados dos testes inferenciais que se dividem de acordo com as duas hipóteses definidas para este estudo.

**Hipótese 1 – Existe diferença na Satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia consoante as suas características Sociodemográficas (Género, Idade, Situação Familiar, Situação Profissional, Grau de Ensino) e sua relação com o Hospital (Familiar funcionário deste Hospital, Quem preencheu o questionário).**

## Género

Começamos pela análise da diferença de satisfação de acordo com o género (Quadro 18), verificando-se existir evidência estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ) para afirmar que quanto à "Consulta ou tratamento" os homens se encontra mais satisfeitos que as mulheres ( $t_{(256)} = -2.044$ ,  $p = 0.042$ ). Todavia não foi identificada evidência estatística para afirmar que a satisfação seja diferente entre homens e mulheres.

Quadro 19 - Avaliação das dimensões e total da escala do "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Género" ( $n = 258$ )

	Género	n	Média (sd)	t	p
Enfermeiros e cuidados diários	Feminino	120	76.16 ( $\pm 18.13$ )	0.278	0.781
	Masculino	138	75.57 ( $\pm 15.85$ )		
Médicos	Feminino	120	72.60 ( $\pm 23.56$ )	0.560	0.576
	Masculino	138	71.06 ( $\pm 20.26$ )		
Acessibilidade	Feminino	120	64.53 ( $\pm 18.08$ )	-1.326	0.186
	Masculino	137	67.52 ( $\pm 17.95$ )		
Condições da estadia	Feminino	120	66.08 ( $\pm 17.77$ )	-0.066	0.947
	Masculino	136	66.23 ( $\pm 17.07$ )		
Outros profissionais	Feminino	120	67.36 ( $\pm 17.37$ )	-0.895	0.372
	Masculino	137	69.25 ( $\pm 16.32$ )		
Tempo	Feminino	120	53.04 ( $\pm 18.17$ )	-1.428	0.155
	Masculino	137	56.46 ( $\pm 20.28$ )		
Consulta ou tratamento	Feminino	120	61.60 ( $\pm 17.43$ )	<b>-2.044</b>	<b>0.042</b>
	Masculino	138	66.18 ( $\pm 18.59$ )		
Amenidades	Feminino	115	43.19 ( $\pm 19.84$ )	-1.129	0.260
	Masculino	126	46.06 ( $\pm 19.64$ )		
Índice de qualidade global percecionada	Feminino	120	67.27 ( $\pm 15.25$ )	-0.467	0.641
	Masculino	138	68.14 ( $\pm 14.72$ )		

## Idade

Relativamente à variável "idade" verifica-se existir evidência estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ) da sua correlação com a satisfação com os "Enfermeiros e cuidados diários", sendo essa correlação negativa e fraca ( $r = -0.138$ ,  $p = 0.027$ ). Assim, quanto maior a idade menor será a satisfação com os cuidados prestados por estes profissionais. Relativamente às restantes dimensões IAQH-HD não se verifica mais nenhuma correlação estatisticamente significativa (Quadro 19).



Quadro 20 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Idade" (n=258)

		<b>Idade</b>
Enfermeiros e cuidados diários	r	<b>-0.138*</b>
	p	<b>0.027</b>
Médicos	r	-0.055
	p	0.383
Acessibilidade	r	-0.063
	p	0.316
Condições da estadia	r	-0.071
	p	0.256
Outros profissionais	r	0.005
	p	0.933
Tempo	r	0.034
	p	0.588
Consulta ou tratamento	r	-0.029
	p	0.639
Amenidades	r	0.093
	p	0.151
Índice de qualidade global percecionada	r	-0.071
	p	0.259

\* Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

### **Situação Familiar**

Comparamos a satisfação entre doentes casados (n=189) e não casados (n=69) com recurso ao teste *t de Student* para amostras independentes e não se verificou nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) (dados não apresentados).

### **Situação Profissional**

Comparou-se também a situação profissional, comparando os grupos empregado(a) (n=88), desempregado(a) (n=27), reformado(a) (n=136) e doméstico(a) (n=7) através do teste One-Way ANOVA, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre os grupos (dados não apresentados).

## **Grau de Ensino**

No que diz respeito ao grau de ensino (Quadro 20) verifica-se que existe evidência estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) para afirmar que a satisfação global varia nas dimensões “Enfermeiros e cuidados diários” ( $F=3.637$ ,  $p=0.028$ ) e “Amenidades” ( $F=4.189$ ,  $p=0.016$ ) de acordo com o grau de ensino dos inquiridos. Nas restantes dimensões não existe evidência estatística para afirmar diferença na satisfação.

Ainda sobre a avaliação da dimensão “Enfermeiros e cuidados diários” e satisfação global dos inquiridos por Grau de Ensino, verifica-se através dos resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD (Quadro 21), que os doentes com “Ensino superior” apresentam em média mais 7,55% de satisfação do que os que possuem escolaridade “Até Ensino Básico” ( $p=0.022$ ). Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os doentes que possuem “Ensino secundário” e os dois restantes grupos, nesta dimensão.

Relativamente à dimensão “Amenidades”, verifica-se que os doentes que possuem “Até Ensino Básico” apresentam em média mais 8,75% de satisfação do que os que possuem “Ensino superior” ( $p=0.040$ ). Entre os que possuem “Ensino secundário” e os restantes dois grupos não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 21 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Grau de Ensino" (n=258)

		Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p
Enfermeiros e cuidados diários	Entre Grupos	2040.03	2	1020.01	<b>3.637</b>	<b>0.028</b>
	Dentro do Grupo	71521.20	255	280.48		
	Total	73561.22	257			
Médicos	Entre Grupos	69.15	2	34.58	0.072	0.931
	Dentro do Grupo	122399.53	255	480.00		
	Total	122468.68	257			
Acessibilidade	Entre Grupos	704.87	2	352.43	1.084	0.340
	Dentro do Grupo	82600.40	254	325.20		
	Total	83305.27	256			
Condições da estadia	Entre Grupos	270.73	2	135.37	0.447	0.640
	Dentro do Grupo	76643.01	253	302.94		
	Total	76913.75	255			
Outros profissionais	Entre Grupos	25.06	2	12.53	0.044	0.957
	Dentro do Grupo	72337.40	254	284.79		
	Total	72362.46	256			
Tempo	Entre Grupos	942.31	2	471.15	1.259	0.286
	Dentro do Grupo	95043.90	254	374.19		
	Total	95986.21	256			
Consulta ou tratamento	Entre Grupos	70.24	2	35.12	0.106	0.900
	Dentro do Grupo	84760.99	255	332.40		
	Total	84831.23	257			
Amenidades	Entre Grupos	3183.08	2	1591.54	<b>4.189</b>	<b>0.016</b>
	Dentro do Grupo	90426.73	238	379.94		
	Total	93609.81	240			
Índice de qualidade global percecionada	Entre Grupos	253.80	2	126.90	0.566	0.569
	Dentro do Grupo	57176.43	255	224.22		
	Total	57430.23	257			

Quadro 22 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior

Dimensão	(I)	(J)	Diferença das Médias (I-J)	s	p	Intervalo de confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Enfermeiros e cuidados diários	Até Ensino Básico	Ensino Secundário	-2.58	2.65	0.596	-8.83	3.68
		Ensino Superior	<b>-7.55*</b>	2.83	<b>0.022</b>	-14.22	-0.89
	Ensino Secundário	Até Ensino Básico	2.58	2.65	0.596	-3.68	8.83
		Ensino Superior	-4.98	3.39	0.309	-12.98	3.02
	Ensino Superior	Até Ensino Básico	<b>7.55*</b>	2.83	<b>0.022</b>	0.89	14.22
		Ensino Secundário	4.98	3.39	0.309	-3.02	12.98
Amenidades	Até Ensino Básico	Ensino Secundário	6.46	3.17	0.106	-1.02	13.94
		Ensino Superior	<b>8.75*</b>	3.57	<b>0.040</b>	0.33	17.17
	Ensino Secundário	Até Ensino Básico	-6.46	3.17	0.106	-13.94	1.02
		Ensino Superior	2.29	4.23	0.851	-7.68	12.26
	Ensino Superior	Até Ensino Básico	<b>-8.75*</b>	3.57	<b>0.040</b>	-17.17	-0.33
		Ensino Secundário	-2.29	4.23	0.851	-12.26	7.68

\*. A diferença média é significativa quando  $p < 0,05$ .

### **Familiar funcionário deste Hospital**

Comparou-se ainda a satisfação dos doentes consoante estes tenham (n=18) ou não (n=240) um familiar como funcionário do hospital através do teste *t de Student*, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa ( $p>0.05$ ) para qualquer dimensão (dados não apresentados).

### **Quem preencheu o questionário**

Comparando agora a satisfação consoante tenha sido o próprio doente (n=199) a preencher o questionário com os casos em que este teve ajuda de um familiar/acompanhante (n=44) ou tenha sido o acompanhante a preencher o questionário pelo doente (n=14), verifica-se (Quadro 22) que existe diferença estatisticamente significativa nas dimensões “Enfermeiros e cuidados diários” (F=8.658,  $p=0.000$ ), “Acessibilidade” (F=3.953,  $p=0.020$ ), “Condições da Estadia” (F=3.331,  $p=0.037$ ) e “Índice de qualidade global percecionada” (F=4.793,  $p=0.009$ ) de acordo com quem preencheu o questionário. Para perceber esta diferença, recorreu-se ao teste Post-Hoc de Tukey HSD (Quadro 23), verificando-se que a satisfação global dos inquiridos é maior quando é o próprio doente a preencher o questionário nas quatro dimensões acima enumeradas.

Nas restantes dimensões não existe evidência estatística para afirmar diferença na satisfação global dos doentes.

Quadro 23 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Quem preencheu o questionário" (n=258)

		Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p
Enfermeiros e cuidados diários	Entre Grupos	4673.26	2	2336.63	<b>8.658</b>	<b>0.000</b>
	Dentro do Grupo	68548.72	254	269.88		
	Total	73221.99	256			
Médicos	Entre Grupos	1161.26	2	580.63	1.222	0.296
	Dentro do Grupo	120726.36	254	475.30		
	Total	121887.62	256			
Acessibilidade	Entre Grupos	2509.29	2	1254.64	<b>3.953</b>	<b>0.020</b>
	Dentro do Grupo	80293.45	253	317.37		
	Total	82802.73	255			
Condições da estadia	Entre Grupos	1975.75	2	987.87	<b>3.331</b>	<b>0.037</b>
	Dentro do Grupo	74745.72	252	296.61		
	Total	76721.46	254			
Outros profissionais	Entre Grupos	678.12	2	339.06	1.197	0.304
	Dentro do Grupo	71640.24	253	283.16		
	Total	72318.36	255			
Tempo	Entre Grupos	1299.64	2	649.82	1.739	0.178
	Dentro do Grupo	94562.56	253	373.77		
	Total	95862.21	255			
Consulta ou tratamento	Entre Grupos	364.59	2	182.30	0.551	0.577
	Dentro do Grupo	84093.36	254	331.08		
	Total	84457.96	256			
Amenidades	Entre Grupos	1480.61	2	740.31	1.905	0.151
	Dentro do Grupo	92120.01	237	388.69		
	Total	93600.62	239			
Índice de qualidade global percecionada	Entre Grupos	2085.75	2	1042.88	<b>4.793</b>	<b>0.009</b>
	Dentro do Grupo	55263.03	254	217.57		
	Total	57348.78	256			

Quadro 24 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior

Dimensão	(I)	(J)	Diferença média (I-J)	s	p	95% Intervalo Confiança	
						Limite inferior	Limite superior
Enfermeiros e cuidados diários	doente	doente com auxílio do acompanhante	<b>9,86*</b>	2,74	<b>0,001</b>	3,41	16,32
		familiar ou acompanhante	<b>11,18*</b>	4,54	<b>0,038</b>	0,47	21,89
	doente com auxílio do acompanhante	doente	<b>-9,86*</b>	2,74	<b>0,001</b>	-16,32	-3,41
		familiar ou acompanhante	1,32	5,04	0,963	-10,57	13,20
	familiar ou acompanhante	doente	<b>-11,18*</b>	4,54	<b>0,038</b>	-21,89	-0,47
		doente com auxílio do acompanhante	-1,32	5,04	0,963	-13,20	10,57
Acessibilidade	doente	doente com auxílio do acompanhante	4,61	2,97	0,269	-2,39	11,61
		familiar ou acompanhante	<b>12,32*</b>	4,93	<b>0,035</b>	0,70	23,93
	doente com auxílio do acompanhante	doente	-4,61	2,97	0,269	-11,61	2,39
		familiar ou acompanhante	7,71	5,47	0,337	-5,18	20,60
	familiar ou acompanhante	doente	<b>-12,32*</b>	4,93	<b>0,035</b>	-23,93	-0,70
		doente com auxílio do acompanhante	-7,71	5,47	0,337	-20,60	5,18
Condições da estadia	doente	doente com auxílio do acompanhante	<b>6,87*</b>	2,87	<b>0,046</b>	0,10	13,64
		familiar ou acompanhante	5,83	4,76	0,441	-5,40	17,06
	doente com auxílio do acompanhante	doente	<b>-6,87*</b>	2,87	<b>0,046</b>	-13,64	-0,10
		familiar ou acompanhante	-1,05	5,28	0,979	-13,51	11,41
	familiar ou acompanhante	doente	-5,83	4,76	0,441	-17,06	5,40
		doente com auxílio do acompanhante	1,05	5,28	0,979	-11,41	13,51
Índice de qualidade global percebida	doente	doente com auxílio do acompanhante	<b>6,53*</b>	2,46	<b>0,023</b>	0,73	12,32
		familiar ou acompanhante	7,63	4,08	0,149	-1,98	17,25
	doente com auxílio do acompanhante	doente	<b>-6,53*</b>	2,46	<b>0,023</b>	-12,32	-0,73
		familiar ou acompanhante	1,11	4,53	0,967	-9,56	11,78
	familiar ou acompanhante	doente	-7,63	4,08	0,149	-17,25	1,98
		doente com auxílio do acompanhante	-1,11	4,53	0,967	-11,78	9,56

\*. A diferença média é significativa quando  $p < 0,05$ .

**Hipótese 2 – Existe diferença na Satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia consoante as características da Admissão, Consulta e Tratamento (Utente pela primeira vez, tempos de espera/duração de consulta e/ou tratamento, especialidade médica).**

### **Utente pela primeira vez**

Comparou-se também se a satisfação era diferente para quem acedia pela primeira vez àquela unidade de saúde (Quadro 24). Apenas para a dimensão “Outros profissionais” se verificou diferença estatisticamente significativa ( $t_{(72,14)}=-2.598$ ,  $p=0.014$ ), sendo que para quem este foi o seu primeiro contacto a satisfação foi mais reduzida ( $63.42\pm 13.10$ ) do que quem já ali se deslocou mais que uma vez ( $69.34\pm 17.31$ ). Nas restantes dimensões não se verificou diferença estatisticamente significativa ( $p>0.05$ ), embora também se verifique a mesma tendência.

Quadro 25 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" mediante que é ou não "Utente pela primeira vez" (n=258)

	1. <sup>a</sup> Vez?	n	Média (sd)	t	p
Enfermeiros e cuidados diários	Sim	42	73.52 ( $\pm 15.22$ )	-0.976	0.330
	Não	216	76.30 ( $\pm 17.22$ )		
Médicos	Sim	42	69.78 ( $\pm 21.21$ )	-0.646	0.519
	Não	216	72.16 ( $\pm 21.27$ )		
Acessibilidade	Sim	42	64.65 ( $\pm 17.32$ )	-1.367	0.173
	Não	216	68.80 ( $\pm 18.14$ )		
Condições da estadia	Sim	42	62.95 ( $\pm 14.86$ )	-1.314	0.190
	Não	216	66.79 ( $\pm 17.78$ )		
Outros profissionais	Sim	42	63.42 ( $\pm 13.10$ )	<b>-2.598</b>	<b>0.014</b>
	Não	216	69.34 ( $\pm 17.31$ )		
Tempo	Sim	42	51.83 ( $\pm 14.94$ )	-1.336	0.186
	Não	216	55.44 ( $\pm 20.07$ )		
Consulta ou tratamento	Sim	42	61.90 ( $\pm 14.97$ )	-0.836	0.404
	Não	216	64.47 ( $\pm 18.73$ )		
Amenidades	Sim	42	43.65 ( $\pm 20.54$ )	-0.336	0.714
	Não	216	44.90 ( $\pm 19.63$ )		
Índice de qualidade global percecionada	Sim	42	65.00 ( $\pm 12.63$ )	-1.300	0.195
	Não	216	68.27 ( $\pm 15.33$ )		

## Tempos de Espera/duração de consulta e/ou tratamento

Testou-se a correlação entre os tempos de espera para admissão e para a consulta e o tempo de duração da consulta e/ou tratamento com as dimensões da satisfação (Quadro 25), apenas se verificando correlações estatisticamente significativas, negativas e baixas entre o tempo de espera até à consulta e as dimensões “Condições da estadia” ( $r=-0,121$ ;  $p=0,053$ ), “Tempo” ( $r=-0,183$ ;  $p=0,003$ ), “Consulta ou tratamento” ( $r=-0,147$ ;  $p=0,018$ ) e “Amenidades” ( $r=-0,125$ ;  $p=0,052$ ). Assim, existe evidência estatística para afirmar que quanto maior o período de tempo à espera da consulta pior vai ser a satisfação com estas dimensões. Para as restantes dimensões e variáveis não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa.

Quadro 26 - Avaliação das dimensões e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Tempos de espera" (n=258)

		Tempo até ao Registo	Tempo até à consulta	Tempo de Consulta	Tempo de tratamento
Enfermeiros e cuidados diários	r	0,029	-0,037	0,029	-0,071
	p	0,640	0,549	0,644	0,255
Médicos	r	-0,012	0,075	0,099	-0,100
	p	0,849	0,228	0,113	0,109
Acessibilidade	r	-0,084	-0,064	0,026	0,002
	p	0,181	0,270	0,680	0,969
Condições da estadia	r	-0,055	<b>-0,121*</b>	0,061	-0,073
	p	0,383	<b>0,053</b>	0,330	0,248
Outros profissionais	r	-0,061	0,028	0,032	-0,039
	p	0,329	0,653	0,606	0,538
Tempo	r	0,-059	<b>-0,183*</b>	-0,001	-0,071
	p	0,345	<b>0,003</b>	0,982	0,259
Consulta ou tratamento	r	-0,063	<b>-0,147*</b>	-0,032	0,031
	p	0,312	<b>0,018</b>	0,607	0,616
Amenidades	r	-0,047	<b>-0,125*</b>	0,089	0,063
	p	0,468	<b>0,052</b>	0,167	0,331
Índice de qualidade global percecionada	r	-0,031	-0,064	0,048	-0,060
	p	0,618	0,304	0,441	0,340

\* Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

## Especialidade a que veio

A respeito da análise do Quadro 26 verifica-se existir evidência estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) para afirmar que a satisfação é diferente de



acordo com o serviço a que os doentes recorrem, apenas para a dimensão "Médicos" ( $F=2.851$ ,  $p=0.024$ ). Pelo teste Post-Hoc de Tukey HSD (Quadro 27) pode verificar-se que a satisfação global dos doentes da "Hematologia" é maior do que os da "Oncologia" (Diferença de médias=10.60,  $p=0.029$ ). Entre as restantes especialidades não existe evidência estatística para afirmar diferença na satisfação.

Quadro 27 - Avaliação das subescalas e total da escala de "Índice de Qualidade Global Percecionada" por "Especialidade a que veio" (n=258)

		Soma dos Quadrados	gl	Médias dos Quadrados	F	p
Enfermeiros e cuidados diários	Entre Grupos	347.28	4.00	86.82	0.299	0.878
	Dentro do Grupo	73136.78	252.00	290.23		
	Total	73484.06	256.00			
Médicos	Entre Grupos	5301.05	4.00	1325.26	<b>2.851</b>	<b>0.024</b>
	Dentro do Grupo	117157.19	252.00	464.91		
	Total	122458.24	256.00			
Acessibilidade	Entre Grupos	1148.06	4.00	287.02	0.878	0.478
	Dentro do Grupo	82078.10	251.00	327.00		
	Total	83226.17	255.00			
Condições da estadia	Entre Grupos	468.68	4.00	117.17	0.383	0.821
	Dentro do Grupo	76430.27	250.00	305.72		
	Total	76898.95	254.00			
Outros profissionais	Entre Grupos	468.84	4.00	117.21	0.409	0.802
	Dentro do Grupo	71890.95	251.00	286.42		
	Total	72359.80	255.00			
Tempo	Entre Grupos	1853.33	4.00	463.33	1.236	0.296
	Dentro do Grupo	94109.12	251.00	374.94		
	Total	95962.46	255.00			
Consulta ou tratamento	Entre Grupos	1226.33	4.00	306.58	0.925	0.450
	Dentro do Grupo	83484.55	252.00	331.29		
	Total	84710.87	256.00			
Amenidades	Entre Grupos	2024.37	4.00	506.09	1.299	0.271
	Dentro do Grupo	91533.50	235.00	389.50		
	Total	93557.87	239.00			
Índice de qualidade global percecionada	Entre Grupos	145.48	4.00	36.37	0.160	0.958
	Dentro do Grupo	57260.82	252.00	227.23		
	Total	57406.30	256.00			

Quadro 28 - Resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD da comparação anterior

Subescala	(I)	(J)	Diferença Média (I-J)	s	p	95% Intervalo Confiança	
						Limite inferior	Limite superior
Médicos	Ginecologia	Hematologia	-1.14	3.57	0.998	-10.95	8.67
		Oncologia	9.46	3.67	0.078	-0.63	19.55
		Pneumologia	0.55	4.60	1.000	-12.10	13.19
		Urologia	8.84	6.99	0.713	-10.37	28.06
	Hematologia	Ginecologia	1.14	3.57	0.998	-8.67	10.95
		Oncologia	<b>10.60*</b>	3.60	<b>0.029</b>	0.71	20.49
		Pneumologia	1.69	4.54	0.996	-10.80	14.17
		Urologia	9.99	6.96	0.605	-9.13	29.10
	Oncologia	Ginecologia	-9.46	3.67	0.078	-19.55	0.63
		Hematologia	<b>-10.60*</b>	3.60	<b>0.029</b>	-20.49	-0.71
		Pneumologia	-8.91	4.62	0.305	-21.61	3.79
		Urologia	-0.62	7.01	1.000	-19.87	18.64
	Pneumologia	Ginecologia	-0.55	4.60	1.000	-13.19	12.10
		Hematologia	-1.69	4.54	0.996	-14.17	10.80
		Oncologia	8.91	4.62	0.305	-3.79	21.61
		Urologia	8.30	7.54	0.806	-12.41	29.00
	Urologia	Ginecologia	-8.84	6.99	0.713	-28.06	10.37
		Hematologia	-9.99	6.96	0.605	-29.10	9.13
		Oncologia	0.62	7.01	1.000	-18.64	19.87
		Pneumologia	-8.30	7.54	0.806	-29.00	12.41

\*. A diferença média é significativa quando  $p < 0,05$ .

### 1.3 ANÁLISE QUALITATIVA

Apresenta-se agora o resultado da categorização realizada à resposta aberta deste questionário, cujos resultados se apresentam resumidos no quadro 28. A totalidade das respostas dadas pelos doentes pode encontrar-se em apêndice (Apêndice I).

Assim, de todos os 258 doentes que preencheram o questionário 52 responderam com comentários adicionais. As categorias resultantes da análise foram na dimensão i) **relacional**; atenção, simpatia e respeito; ii) **técnica**; serviço prestado, profissionalismo; iii) **material**; aspetos físicos e acessibilidades; iv) **organizacional**; organização serviço, processo de cuidados, recursos; v) **externos**; fatores externos.

Constata-se que as críticas negativas e positivas estão em consonância com as da parte quantitativa deste estudo. O maior número de referencias negativas vai para as amenidades, acessibilidades e instalações, bem como falha

de materiais ou queixas em termos de alimentação. As referencias aos profissionais são sobretudo de louvor pela dedicação e simpatia.

Quadro 29 - Categorização da resposta n.º 67

Dimensão	Categorias	n	Unidades Naturais de Significado
<b>Relacional</b>	<b>Atenção</b> , interesse, dedicação, compreensão, apoio, desprezo <b>Simpatia</b> , amabilidade, má vontade <b>Respeito</b> , educação, confiança, interrupção das consultas	14	(...) Verifico que os profissionais da saúde fazem cada vez mais esforços para que tudo corra bem. Há muitos doentes oncológicos, cada vez mais, a ciência tem evoluído muito, ando nisto há 12 anos e sinto-o bem. A capacidade instalada neste serviço tem dias de quase rutura, não fossem as capacidades profissionais e humanas de todos quanto aqui trabalham excelentes. Parece-me que o espaço físico está a ficar diminuto, estamos em crise o que não pode justificar tudo! Não pode! Um grande bem-haja a todos estes profissionais de saúde que tornam a nossa vida melhor.”
<b>Técnica</b>	<b>Serviço</b> – qualidade dos serviços, eficácia do tratamento, eficácia do atendimento <b>Profissionais</b> – competência, profissionalismo, pontualidade, assiduidade, atendimento, informação	20	Apesar de ter notado no decurso do meu tratamento (desde dezembro de 2012) algumas falhas ao nível dos materiais de uso, inclusivamente no sistema de soro quanto à sua qualidade, este Hospital é excelente, sobretudo aos níveis dos recursos humanos (médico, enfermeiras e auxiliares). Existe um elevado grau de profissionalismo e uma grande/excelente capacidade de comunicação na gestão de todos os casos clínicos.
<b>Material</b>	<b>Acessibilidade</b> – escadas, rampas, estacionamento, transportes públicos <b>Instalações</b> – higiene, conforto, funcionalidade, qualidade, privacidade, sossego, temperatura ambiente, ar condicionado, sinalética, equipamento, cadeiras, tv <b>Ruído</b> – causado pelos profissionais, causado por outros doentes <b>Sala de espera</b> – ruído, confusão, mau ambiente <b>Alimentação</b> – temperatura, aspeto, quantidade, sabor	32	Mais informação sobre as análises ao sangue na entrada do Hospital, no corredor (sistema de senhas); Informação com nome dos médicos na entrada dos gabinetes; Posição das cadeiras de tratamento; Há doentes que não sabem o nome dos médicos; Mais rapidez na marcação de exames, para os médicos poderem trabalhar (melhor) c/ mais informação; Marcar o chão com os destinos para os médicos; Na alimentação não servir (carnes vermelhas) presunto

<b>Organizacional</b>	<p><b>Processo</b> – rapidez de atendimento, rapidez de resposta, burocracia, eficiência, triagem, organização</p> <p><b>Acessibilidade</b> – marcação de consultas, horário de atendimento, desrespeito na espera, sistema de chamada de utilizadores</p> <p><b>Recursos humanos</b> – insuficiência, trabalho em equipa</p> <p><b>Recursos técnicos</b> – adequados, inovadores</p> <p><b>Espera</b> – tempo de espera na sala de espera, tempo de espera em obter consulta/cirurgia, tempo de espera pelos resultados de exames, adiamento de consultas/cirurgias</p> <p><b>Visitas</b> – horário, número de visitas, tempo de visita, acompanhamento</p>	17	<p>Quando os doentes oncológicos estão em tratamento e de repente tem outra complicação de saúde, deveriam poder ter um tratamento diferente. Falo da experiência por ter sido obrigada a recorrer a urgência geral dos HUC, por conselho da enfermagem do Hospital de Dia e vi-me na situação de estar doente com as defesas em baixo, à espera numa sala com mais de 50 pessoas, correndo o risco de sair de lá, pior do que entrei e o sistema de triagem identificou-me como doente não urgente. Esperei, esperei até desistir e recorrer a um serviço de urgência privado. Acho que este é um aspeto muito mais do Hospital, que deveria poder encaminhar os seus doentes de forma a não passarem por isto. No essencial isto é o mais grave. Outros aspetos a melhorar: o apoio a dar e o tempo de espera (alguns dos que identifiquei). Apesar de tudo, a avaliação global é boa. Obrigado.</p> <p>Além do dia marcado para a consulta, devia ser marcada hora também para cada doente. As horas de espera são imensas e acabam por desesperar a cada semana que o doente vem à consulta.</p>
<b>Externa</b>	<p><b>Estado de saúde</b>, necessidade, continuidade de tratamento</p> <p><b>Proximidade</b>, hospital referência</p> <p><b>Satisfeito sem explicação</b></p>	3	<p>Neste momento é o nosso governo. Respeitar mais os profissionais da nossa saúde. Porque eles são ser humanos não são máquinas. Porque de graça nem os cães.</p> <p>Os cuidados e os serviços prestados neste Hospital de Dia, como acabei de comunicar nas respostas dadas no inquérito, são para mim excelentes</p>

Fonte: Dimensões e Categorias adaptadas de Abrantes (2012)

## 2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa pretende-se analisar e discutir os resultados, fazendo a sua interpretação e uma apreciação crítica do estudo no global, com enfoque nos resultados mais relevantes. Ter-se-á em consideração a fundamentação teórica, o problema em estudo e os objetivos propostos mas também aquela que é a nossa experiência enquanto elementos presentes no contexto de cuidados e no âmbito da investigação desta temática.

Antes de mais começamos por sublinhar que os resultados serão válidos para este contexto específico, podendo ser ainda assim sujeito a enviesamentos estranhos aos investigadores. Não deverá ser feita qualquer generalização destes resultados a outros contextos, embora se possam retirar ensinamentos.

Iniciamos a discussão pelas características da nossa amostra, composta por um grupo muito heterogéneo de doentes, com alguma preponderância para os indivíduos do sexo masculino e com uma média de idades a rondar os 59 anos de idade, maioritariamente casados (67.4%). Apresentam ainda diversos níveis de habilitações literárias. Estas características fazem-nos crer que a nossa amostra é representativa da população seguida habitualmente e a sua heterogeneidade possibilita, por um lado, comparar diferenças entre subgrupos e, por outro, ter uma representação mais próxima das diferentes “realidades” vividas pelos nossos doentes. O mesmo se pode dizer relativamente às diferentes formas de referenciação, às diferentes especialidades em que eram seguidos e ainda aos diferentes níveis de experiência com o serviço (primeira ou várias sessões). A existência de opiniões negativas (por exemplo, não recomendação do serviço a familiar(amigos) é um sinal que as pessoas se sentiram livres a expressar as suas opiniões. Os comentários da questão aberta consubstanciam esta apreciação, que traz validade ao estudo.

No que se reporta aos índices de satisfação propriamente ditos, os resultados de moderada a elevada satisfação dos cuidados de saúde recebidos são coerentes com outros estudos prévios existentes (Gesell, 2004; Wiggers, 1998), sobretudo maior no que se reporta aos cuidados de enfermeiros e médicos (tópico abordado mais adiante).

A questão da (in)satisfação relacionada com os tempos de espera no atendimento de ambulatório constitui uma das dimensões mais abordadas nos estudos consultados (Gourgi, 2003; Richard, 2010; Fossa, 1996; Thomas, 1997). A crescente incidência da doença oncológica aumenta a afluência de doentes para tratamento ambulatório, que associado aos avanços médicos e tecnológicos no tratamento do cancro, conduzem à alteração da natureza destas unidades funcionais, traduzindo-se em cuidados de ambulatório cada vez mais especializados. Assiste-se, pois, a maiores taxas de sobrevivência e de sobrevida. Contudo, temos sempre de tentar proporcionar a maior qualidade e satisfação possíveis, para além desses outros indicadores tão importantes. A estes fatores juntam-se ainda as atuais políticas de gestão da saúde e as consequentes alterações organizacionais que tem acontecido nos últimos tempos, que convém monitorizar de diferentes formas. Ouvir os principais interessados é certamente uma delas.

Relativamente aos tempos de espera, estes doentes consideraram o tempo de espera razoável para registo na admissão, consulta e tratamento e referentes. Mas os tempos de espera para consulta e para realização do tratamento já revelam um score apenas satisfatório. Esta cotação da satisfação não deixa de ser um pouco surpreendente, já que no nosso dia-a-dia enquanto profissionais, notamos o quanto este aspeto é verbalizado como motivo de insatisfação pelos doentes, e notamos a forma como interfere na dinâmica e funcionamento do serviço. Apesar de que na correlação dos tempos de espera com as dimensões da satisfação, se verificaram algumas correlações estatisticamente significativas. Constata-se que os tempos de espera são longos e que ocorrem por muitas razões, ao longo do percurso de atendimento na unidade (espera para registo e admissão, espera para consulta, espera na farmácia de ambulatório, espera para tratamentos de quimioterapia). Este aspeto

pode ser melhorado de muitas maneiras, tais como a preparação atempada dos fármacos, as consultas começarem a horas, a afetação de mais recursos humanos e a instalação de sistema de informação (agendamento eletrónico) eficaz.

Noutros estudos, os doentes oncológicos revelaram elevada satisfação global com a informação e com a comunicação, verificando-se, por outro lado, também menor satisfação com o estacionamento, acessos ao hospital conforto e limpeza (Kavadas, 2004).

No nosso estudo constatou-se uma apreciação geral muito boa. Carvalho & Pacheco (2002) afirmam que os resultados de elevada satisfação global poderão ser explicados pelo facto de a população geralmente assumir uma posição paternalista em relação aos serviços de saúde, ainda que os resultados da satisfação poderão ser independentes da qualidade dos cuidados recebidos. Assim, apesar de os doentes não se encontrarem muito satisfeitos com alguns aspetos mais específicos, de uma maneira geral afirmam que a sua satisfação geral até é bastante boa, devido a esta atitude paternalista em relação aos serviços de saúde. Por outro lado, a dimensão com que as pessoas se encontram menos satisfeitas relaciona-se com a acessibilidade e tempo de espera. As acessibilidades estão relacionadas não apenas com a facilidade de acesso e de estacionamento, como também com a facilidade de localizar os diferentes serviços. Já o tempo de espera está relacionado com a demora na realização de exames e tratamentos médicos, bem como pela entrega dos seus resultados. Na verdade, constata-se a dificuldade das pessoas em estacionar o veículo próprio nas imediações do hospital, sendo que este aspeto está contemplado no plano de remodelação do hospital.

Analisando comparativamente as duas principais dimensões referentes à satisfação com os profissionais, pode constatar-se que os doentes oncológicos evidenciaram maior satisfação com os enfermeiros (das dimensões toda a que foi pontuada com maior satisfação) e com os médicos e menor satisfação com aspetos referentes aos aspetos organizacionais. Estes resultados estão de acordo com os dados publicados pelo gabinete do doente no jornal do Instituto Português



de Oncologia (2006), que refere que das 104 reclamações apresentadas, cerca de 42,3% estavam diretamente relacionadas com a organização dos serviços ou dos cuidados.

A respeito ainda da satisfação com enfermeiros e médicos, verificou-se que os doentes estarem muito satisfeitos com ambos, com um desfasamento ligeiro entre si. Poderão para aqui contribuir as habilidades interpessoais e técnicas, que se relacionam com o interesse que os profissionais demonstram pelos doentes, bem como pela preocupação e com o conforto e apoio que lhes dão. No estudo realizado por Lucas (2002), no âmbito de centro de saúde, verificou que 60% dos doentes se encontravam satisfeitos com a simpatia e o interesse demonstrado pelos profissionais de saúde pela sua situação clínica.

No caso concreto dos cuidados de enfermagem, é um facto comprovado por diversas investigações que estes são importantes para a satisfação do doente (Gotieb, 2002; Johansson, Oléni, Fridlund, 2002; Schmidt, 2003; Shattell, 2004; Davis, 2005), dado ser este o grupo profissional de saúde, que mais tempo passa com os doentes nas organizações de saúde. O pessoal de enfermagem (normalmente os primeiros e os últimos a ver os doentes) são os que apresentam o maior contacto com os utentes (Björvell e Stieg, 1991). Na realidade os enfermeiros têm um papel fundamental, pela proximidade que têm com o doente e família pelo que assumem o papel de interlocutor no contexto da equipa. As intervenções de enfermagem são frequentemente beneficiadas se toda a unidade familiar for o alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando visam a alteração de comportamentos, tendo como objetivos a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências de funcionamento das pessoas em situação de dependência na realização das atividades de vida, orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o autocontrolo, o autocuidado, o coping, a dor, as perturbações da memória e da atividade psicomotora, a adesão ao regime terapêutico, os processos de interação com a família, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis (OE, 2003). A informação por eles fornecida e a sua interação com os doentes são pontos críticos na avaliação global apercebida dos

cuidados. Os enfermeiros, tendo em conta o tempo despendido com os doentes, acabam por conseguir, geralmente, estabelecer um melhor diálogo com os doentes do que os médicos.

Para os médicos, que geralmente acompanham os doentes desde as primeiras consultas, esta questão da avaliação da satisfação com os cuidados também é importante, na medida em que se os doentes se sentirem satisfeitos com os cuidados recebidos, tendem a manter uma relação continuada com esse profissional, o que é relevante num ambiente cada vez mais competitivo, em que a fidelização dos doentes se torna cada vez mais necessária (Negrão, 2003). Esta relação entre profissionais de saúde e doente modificou-se, fundamentalmente devido à mudança operada ao nível dos modelos tradicionais da relação médico-doente, ao maior tempo de sobrevivência dos doentes oncológicos, como resultado dos admiráveis progressos da medicina, ao nível do diagnóstico e do tratamento, bem como pelas enormes alterações sociais e culturais que atribuíram realce aos direitos e liberdades individuais (Laranjeiro, 2007).

A satisfação é também analisada em três vertentes que importa referir: a do cidadão em geral, ou seja o público; a dos utilizadores ativos dos serviços de saúde e a dos utilizadores muito dependentes dos serviços de saúde, como sejam os doentes crónicos e os idosos (Ferreira, 2003). O tratamento feito em hospital de dia permite que os doentes permaneçam mais tempo no seu meio habitual, mantendo o contacto com a família e amigos e mantendo também a atividade laboral, ainda que por vezes de forma parcial (Ferreira, Ferreira e Gomes, 1999) e por outro lado, isso também desdramatiza a doença, uma vez que evita o isolamento e a discriminação que muitas vezes acompanham a doença oncológica. Um estudo realizado por Baldwin, Inui e Stenkamp (1993), permitiu concluir que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes, nomeadamente idosos com patologias do foro oncológico, não são afetadas quando se substitui o internamento tradicional pela prestação de cuidados de saúde ambulatoriais. Por outro lado, neste estudo verificámos também que a dimensão com a qual os doentes estão menos satisfeitos é a informação dada aos familiares uma vez que

apresenta o score um pouco mais baixo, o que poderá dever-se ao facto das orientações jurídico-legais, relacionadas com a informação e direito da confidencialidade do doente. Apesar de não ter sido estatisticamente analisada esta informação este score poderá estar relacionado com respostas que possam ter sido induzidas pelos familiares que ajudaram o doente a responder ao questionário.

Outro fator que faz despertar o interesse pela informação médico-doente, é o facto de atualmente, o cancro ser inserido no contexto das doenças crónicas, o que pressupõe um contato periódico e prolongado entre médico-doente, dificultando naturalmente o recurso a estratégias de ocultação da informação por parte dos profissionais de saúde (Durá, 1990; Carapinheiro, 1993). Os doentes com cancro procuram informação não apenas para conhecerem a sua doença, mas também para encontrar alguma esperança. Relativamente à forma de a transmitir, deve-se ter em atenção a personalidade do doente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças (Parente 2004).

Encontram-se na literatura vários estudos que demonstram que os doentes desejam ser informados (Doyal, 2001 e Martins, 2003). A informação fornecida ao doente deve estar de acordo com o tipo e o estadio da doença, deve ter em consideração os fatores individuais como a idade, o sexo e identificação cultural. Em geral, os benefícios em fornecer aos doentes informação incluem o aumento da satisfação, a diminuição da ansiedade e o aumento da capacidade de coping (Arraras *et al.*, 2010).

Nos resultados da satisfação dos utentes em relação aos assistentes operacionais, ao serviço de farmácia de ambulatório (fornece medicação para domicilio, incluindo antineoplásicos orais e medicação para administração nas salas de tratamento) e ao serviço social os utilizadores consideraram muito bom. Em relação às condições das salas de tratamento os doentes avaliaram como muito bom as instalações e o ambiente. Mostraram-se menos satisfeitos em relação à qualidade da alimentação e consideraram regular a utilização de equipamento de apoio. Este facto deve-se muito provavelmente à escassez de

cadeiras de rodas que existe na unidade, para o número crescente de doentes debilitados que requerem este tipo de equipamento de transporte no serviço.

Relativamente à opinião geral dos doentes sobre a qualidade do hospital de dia e o impacto do seu tratamento e imagem do hospital, avaliaram com muito boa. Esta questão do impacto está intimamente relacionada, no nosso entender com as expectativas que os doentes oncológicos depositam nestes serviços. Ferreira e Raposo (2006) relembram que as expectativas dos utilizadores de cuidados de saúde podem ser baixas e resultantes de uma baixa assunção de direitos de cidadania face a um serviço público ou de uma sensação de propriedade egoísta do sistema, ou mesmo de uma sensação pouco coletiva da sociedade.

Considerando agora primeira hipótese de investigação testada, verificou-se que em relação aos fatores sociodemográficos, quanto ao género que não existe evidencia estatística para afirmar que a satisfação seja diferente entre homens e mulheres na maior parte das dimensões no global. No entanto, verificou-se que os homens se apresentam mais satisfeitos em relação à dimensão “Consulta ou tratamento”. Esta tendência pode dever-se ao facto de haver alguns autores que referem que as mulheres são mais críticas e rígidas nas avaliações.

Em relação à idade verificou-se (ainda que correlação fraca) que quanto maior a idade menor a satisfação com os cuidados prestados. Este resultado vai um pouco contra a tendência de vários estudos de que os mais idosos são regra geral mais satisfeitos com os cuidados de saúde. Diz-se que habitualmente os mais novos possuem expectativas mais elevadas em relação aos cuidados e estarem também mais conscientes do seu papel de consumidores, assumindo geralmente um papel mais ativo em relação a esses mesmos cuidados e sendo também os mais exigentes (Gasquet, 1999; McIntyre e Silva, 1999; Ferreira *et al.*, 2003; Ferreira, Raposo e Godinho, 2005). Pode, no entanto, considerar-se o forma como o idoso é visto na nossa sociedade, menos valorizada que outrora e a relativa perda de “atenção” quem parece cada vez mais acontecer.

Em relação à situação familiar e à situação profissional não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apresentados. No que concerne ao nosso estudo, lembre-se que a amostra é maioritariamente constituída por doentes casados. Nos estudos de McIntyre, Pereira e Soares (2001) e de Ribeiro (2003), os doentes casados apresentam níveis de satisfação mais elevados do que os solteiros, viúvos e divorciados. Não é claro se esta é uma variável de facto importante ou se poderá ser mediada por outros aspetos. Serão necessárias análises estatísticas mais avançadas para melhor afiançar sobre esta relação.

No que se refere ao grau de ensino existe evidência estatística para afirmar que os utilizadores com ensino superior se apresentam mais satisfeitos com os “Enfermeiros e cuidados diários” do que os que completaram o ensino básico e que estes últimos apresentam em média mais satisfação do que os que possuem ensino superior relativamente à dimensão “Amenidades”. Também de acordo com Gomes (2008), as variáveis relacionadas com o nível educacional parecem influenciar o nível de satisfação dos doentes. Bengtsson e colaboradores (1998) concluíram no seu estudo, relativamente aos cuidados de enfermagem, que os doentes com maiores habilitações académicas fazem mais exigências em relação aos cuidados de enfermagem, tendo maior necessidade de informação e educação. Constata-se pois, que os doentes com maior formação académica, se apropriam mais facilmente dos conhecimentos sobre a sua situação clínica e, como consequência disto, assumem um papel mais ativo neste processo.

Comparou-se ainda a satisfação dos doentes consoante estes tinham ou não um familiar funcionário no hospital mas não se verificou diferença estatisticamente significativa. Esta ideia vai contracorrente, já que muita gente valoriza o facto de se ter “alguém” dentro da estrutura. Contudo, pode questionar-se se esse fator não afetará mais o (tempo de) acesso do que a satisfação. O baixo número de pessoas com familiares neste hospital também poderá ter condicionado o poder estatístico para esta comparação. Amostras maiores poderão conduzir a diferentes resultados.

Em suma, e de acordo com diferentes autores, parece haver pouca consistência no efeito de fatores demográficos na satisfação neste âmbito.

Verificámos ainda haver diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Enfermeiros e cuidados diários”, “Acessibilidade”, “Condições de estadia” e “Índice de qualidade global percecionada” de acordo com quem preencheu o questionário. A satisfação global dos inquiridos é maior quando é o próprio doente a preencher o questionário nestas quatro dimensões o que nos remete para o conceito de expectativas que é muitas vezes associado às necessidades expressas ou às exigências do cidadão. De acordo com Gonçalves, Alves e Ramos (2010), as expectativas constituem um dos fatores que determinam a satisfação com os serviços de saúde. Ou seja, a satisfação resulta de uma equação entre expectativas prévias e experiência concreta vivida. Por isso as apreciações dos utilizadores são, de um modo geral mais positivas nos utilizadores do que nos não utilizadores dos serviços.

Quanto aos resultados relativos à segunda hipótese de estudo, verificou-se que o utilizador que vinha pela primeira vez ao serviço apresentava scores de satisfação mais baixos para a dimensão “Outros profissionais”. Se considerarmos que nesta dimensão se incluem as assistentes operacionais, a técnica do serviço social e as farmacêuticas de ambulatório é muito provável que numa primeira vinda ao serviço o utilizador não tenha tido contato com estes profissionais, ou que o mesmo não fosse o suficiente para lhe permitir avaliar cabalmente a qualidade dos serviços. Verificou-se aliás uma tendência geral de melhoria da satisfação em todas as dimensões com o maior número de idas ao serviço, o que é um bom indicador (não são só “primeiras – boas – impressões”).

Outro aspeto muito associado à satisfação com os serviços é a sua posterior recomendação. No presente estudo, 87,9% dos indivíduos indica que, em caso de necessidade, recomendaria aos seus familiares ou amigos que

fossem ao HDO, unidade onde tinham sido assistidos, o que reforça a percepção generalizada de satisfação por parte dos respondentes com o serviço em análise.

Da categorização qualitativa realizada à questão aberta (comentários adicionais) pode verificar-se que os aspetos mais valorizados pelos doentes atendidos no HDO foram a expressão de sentimentos de gratidão e de reconhecimento de profissionalismo. De facto, dá para perceber que os utentes fazem uma leitura adequada das dificuldades que os profissionais de saúde vivenciam diariamente, pela falta de recursos, pelo desajuste das instalações e condições das salas de espera. Mais, os utentes referem também com bastante pertinência lacunas advindas da falta de coordenação organizacional (por exemplo, o circuito do doente oncológico referenciado para serviço de urgência), às quais é importante prestar muita atenção e estar disponível para a melhoria. Estes dados podem servir de ajuda para a realização de alterações junto das entidades de gestão. Dos comentários denota-se ainda a importância de criar um clima e ambiente organizacional de abertura e envolvimento com os utilizadores, que permita a existência de espaços de expressão das suas emoções, fragilidades, dificuldades e necessidades e que permita aos profissionais agilizar mecanismos de resposta em tempo útil (eficazes) e em todos os momentos do processo de cuidados. A literacia e a capacitação dos utentes, a abertura ao diálogo e participação devem ser analisados pelos decisores, numa perspetiva de melhoria e qualidade de cuidados, porquanto conduz os profissionais a melhorarem a sua performance, na procura da excelência e prestigiando a organização.

## **CONCLUSÃO**

Nesta parte do trabalho, iremos sintetizar os principais resultados obtidos, bem como as suas possíveis implicações para a prática. Apresentamos ainda algumas novas propostas de investigação.

Numa breve recontextualização prévia, convém sublinhar que a complexidade inerente aos atuais desafios organizacionais realça o interesse e o contributo dado pelo diagnóstico e pesquisa empírica, na expansão das competências em gestão e na definição dos caminhos a adoptar. Na actualidade, as diferentes exigências que se colocam, quer para as organizações, quer para os seus colaboradores, implicaram profundas e contínuas mudanças nas áreas tecnológicas e sociais, assim como na sua estruturação organizacional. Por sua vez, os cidadãos vão tomando consciência dos seus direitos e dos seus deveres face ao sistema de saúde, passando a solicitar mais informação e a participarem de forma mais ativa na gestão do seu processo saúde/doença.

A sobrevivência do doente com cancro, as recidivas, as alterações da imagem, os tipos e duração de tratamentos, a forma como influencia as atividades de vida individuais e familiares, fazem do cancro uma doença que exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que adapte cada vez mais os cuidados às necessidades dos doentes.

A evolução dos cuidados de saúde e a curta validade do conhecimento científico obrigam a uma evolução constante e a um investimento cada vez maior em programas de gestão contínua da qualidade. A avaliação da satisfação dos utentes tem tido uma importância crescente na avaliação da qualidade em saúde e na orientação do planeamento e da gestão dos processos e dos recursos da saúde. Medir a qualidade e a satisfação dos utilizadores com os serviços de



saúde é um elemento indispensável para uma gestão adequada desses recursos, promovendo a centralidade do cidadão no sistema de saúde.

Perante a escassez de estudos que comprovassem a avaliação da satisfação de doentes oncológicos atendidos em ambulatório no nosso país, considerou-se pertinente desenvolver um estudo que abordasse esta temática. Deveremos depois ter em consideração que o atendimento de doentes em ambulatório faz surgir diferentes fatores e facetas na avaliação da satisfação, que não se colocam nas avaliações de satisfação de internamento, tais como acessibilidade, ambiente hospitalar e o tratamento (isto é, localização, nomeação listas de espera, tempos de espera, estacionamento instalações), preocupações que são mais específicos para o ambulatório. Daqui decorre um dos aspetos mais importantes deste trabalho, ainda que não a sua finalidade principal: a construção e contributo para a validação deste instrumento específico. Praticamente todos os outros principais contextos de cuidados possuíam um instrumento para avaliar a satisfação, faltavam os Hospitais de Dia. Este é, sem dúvida, um contributo para o conhecimento e para a melhoria em saúde.

Com a realização deste estudo, verifica-se que a satisfação dos utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia do CHUC-Polo HUC estão muito satisfeitos com os enfermeiros e médicos (em relação à sua competência técnica, comunicacional e relacional) e menos satisfeitos com aspectos de acessibilidade (estacionamento, rampa de acesso), tempos de espera, instalações (sinalética e salas de espera), amenidades (alimentação, instalação rede wireless) e aspectos organizacionais relacionados com falta de coordenação entre serviços (circuito doente oncológico na urgência).

Para além destes resultados estudaram-se correlações com uma série de outras variáveis, que apesar de interessantes, não consubstanciam tantas possibilidades de melhoria quanto os “simples” dados descritivos.

Aos profissionais de saúde cabe o desafio de desenvolver conjuntamente com os doentes oncológicos, estratégias personalizadas a cada momento, de forma dinâmica, capacitando os doentes e família para a continuidade dos

cuidados no domicílio e para a promoção do autocuidado, contribuindo desta forma para cuidados integrados, humanizados e de qualidade. Ouvir os doentes e submeter-se à sua avaliação é um imperativo.

Este estudo, quer pela abordagem e metodologia selecionada, quer pela relativa inexperiência da investigadora, é afetado por limitações, de resto como qualquer outro trabalho deste tipo. Algumas limitações são mais fáceis de identificar do que outras. Assim, o facto de o início deste estudo ter coincidido com o período de adaptação e integração da investigadora nesta área assistencial (adulto com doença oncológica) nova para ela, exigiu um esforço acrescido de investimento intelectual. Provavelmente isto condicionou em parte a estruturação e o desenho do estudo, nomeadamente na seleção de fatores, que a acontecer neste momento incluiria no estudo, pela sua pertinência enquanto preditores da satisfação dos utilizadores do hospital de dia de oncologia, por exemplo o tempo despendido e a forma de deslocação até ao hospital. Também o facto de os doentes se poderem encontrar numa fase de debilidade psicológica e física, apresentando-se assim mais vulneráveis, poderá ter condicionado as respostas dadas. Outra limitação decorre da forma de entrega dos questionários, já que apesar de ter sido planeada a entrega do questionário por profissional externo ao serviço, não foi possível em todo o período de colheita de dados. Assim, a entrega foi realizada também por profissionais da unidade, assegurando contudo as questões de anonimato e confidencialidade. Pensamos que este facto tem potencial para inibir os doentes de apresentar reclamações ou realizar apreciações menos positivas dos profissionais de saúde de quem necessitam para recuperar a saúde, pelo medo de represálias subsequentes e atendendo ainda ao contacto regular que tem com a equipa de saúde.

De referir ainda que foi planeado realizar também a análise da satisfação dos profissionais de saúde desta unidade (que se fez em parte). Contudo, não houve tempo para incluir o tratamento dos dados (que incluiu a quase totalidade dos profissionais de saúde), a sua análise e interpretação para este trabalho académico. Porque os dados estão colhidos e já em base de dados tenciona-se

fazer este trabalho a breve trecho, para divulgação por outras formas de disseminação científica.

Uma limitação muito considerável deste trabalho reside na categorização que foi feita aos comentários abertos dos doentes. Estamos cientes que o quadro de categorização poderia estar mais completo e representar melhor a riqueza dos comentários. Tentaremos fazer essa melhoria quanto antes, até para a sua inclusão em posters a afixar no próprio serviço. Esta é uma forma de mostrar aos utilizadores que todas as suas perspectivas são consideradas, sejam elas mais ou menos positivas. Ainda assim, a disseminação dos comentários em apêndice é de interesse e valor.

Em termos de investigação futura neste âmbito, seria interessante conduzir estudos por maiores períodos de tempo e avaliar se existem diferenças sazonais na satisfação ou mesmo se existem diferenças de acordo com a mudança de políticas major de gestão.

Correlacionar de alguma forma a satisfação de profissionais e utilizadores também poderia ajudar a compreender melhor este fenómeno.

Podem ainda considerar-se outras metodologias de investigação, como sejam a realização de estudos etnográficos, que passam, por exemplo, por estudos etnográficos, com observação participante, entrevistas a diferentes elementos do processo de cuidados.

Testar a correlação entre literacia em saúde e satisfação em saúde é outra área que tem merecido muita atenção e relevância. Será que podemos educar as pessoas para uma melhor utilização dos recursos e uma melhor exigência de cuidados de saúde?

Por fim, porque a monitorização da satisfação não deve ser episódica ou esporádica, planeamos, para além de expor os resultados nas salas de espera do HDO, procuraremos também dar sequência à monitorização de resultados através da disponibilização deste questionário a quem o queira preencher, bem como dar relevância a outras formas de escutar o que o doente entende precisar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, I.; Gonçalves, C.; Ramos, V. (2010) Cidadão e Saúde: da resposta a necessidades à gestão de expectativas, incluindo o papel dos media. *Saúde em Rede*. [Internet] Disponível em <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Necessidades-e-expectativas-do-cidadaoSaudeEmRede2010.pdf>> [Consult. 12 de Dezembro 2013].
- Arraras, J. I., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W.-C., Bergenmar, M., Costantini, A., Young, T., et al. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 46 (15), 2726-2738.
- Beauchamps, T. L.; Mccullough, L. b. - Ética Médica. Las responsabilidades morales de los medicos. Barcelona: Editorial Labor, S.A., 1987.
- Biscaia J.; Pisco L. (2001) Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Internet] Disponível em <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-04-2001.pdf>> [Consult. 7 de Novembro 2013].
- Brody, D. S. - The patient's role in clinical decision-making. *Annals of internal Medicine*. 93: 5 (1980) 718-722.
- Cardoso, F. M. - Avaliação da qualidade dos serviços de urgência – satisfação dos utentes. Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2002.

- Casmarrinha, M. - Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades. Dissertação de mestrado em oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008.
- Change Foundation (2008). Who is the Puzzle maker? Patient/Caregiver Perspectives on Navigating Health Services in Ontario, The Change Foundation Health Integration Report. Recuperado em 2014, Julho 3, de [http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn\\_Puzzle\\_Web.pdf](http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn_Puzzle_Web.pdf)
- Cleary, P. D.; McNeil, B. J. - Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 25. 1 (Spring, 1998) 25-36.
- Coordenação nacional para as doenças oncológicas, (Dezembro de 2009), REQUISITOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA: recuperado em 2014, Julho 3 de [http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos\\_prestacao\\_cuidados\\_do.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf)
- Costa 2011 G. dissertação tese mestrado, Avaliação da Satisfação de Utentes Hospital de Dia de Especialidades, ENSP , 2011
- Dias, M. R. - A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997. ISBN 972-8400-04-7.
- Donabedian, A. - Definition of quality and approaches to its assessment. In: Explorations in quality assessment and monitoring. 1. Michigan: Health Administration Press, 1980.
- Donabedian, A. - Guideposts to a Conference on Quality assessment and Assurance. In: Proceedings of an International Conference on Quality Assurance. Health care. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1986).
- Durá, E. - El dilemma de informar al pacient de cancer. Valência: Nau Llibres, 1990.
- Emanuel & Emanuel, 1992, The physician – patient relationship, - JAMA, Abril 22/29, – vol. 257 nº16

- Eortc qlq-c30 Scoring Manual. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study Group. 3ª Edition. Brussels, 2001.
- Epstein RM, Street RL Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD, 2007.
- Ernest H. Rosenbaum, MD, Holly Gautier, RN, BSN, Patricia Fobair, LCSW, MPh, and David Spiegel, MD, 2005, Initiating a community-based cancer supportive care program. Volume 2/Number 1 January/February 2005, COMMUNITY ONCOLOGY. Recuperado em 2014, Julho 7 de <http://www.communityoncology.net/journal/articles/0201073>.
- Escoval, A. (2008) *Financiamento: inovação e sustentabilidade*. Lisboa, Círculo das Letras
- Esperidião, M.; Trad, L. (2006) Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet] Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016)> [Consult. 5 de Outubro 2013]
- Euroqol Group - EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 16 (1990)199-208.
- Ferreira, P. *et al.* (2001) Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Internet] Disponível em <<http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200102.pdf>> [Consult. 18 de Novembro 2013].
- Ferreira, P.; Mendes, J.; Pedro, S. (2010) Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos*. [Internet] Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S1646-24082010000100016&lng=pt&nrm=iso>  
[Consult. 14 de Dezembro 2013].

Ferreira, P.; Raposo, V (2006) A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 285-296.

Florentim, R.; Franco, M. (2006) 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*. [Internet] Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf>> [Consult. 15 de Dezembro 2013].

Fossa S, Hjermsstad M, Mork IH. Does the service at a large oncologic outpatient clinic satisfy the patients perceived need. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1996; 9(4): 24-9

Gageiro, J.; Pestana, M. (2005) *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 4ª Ed. Lisboa, Edições Sílabo.

Gasquet, I. - Satisfaction des patients et performance hospitalière: Qualité des soins. *La Presse médicale*. 28: 29 (1999) 1610-1616.

Gesell S, Gregory N. Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003; 19(3):226-33.

Gourdji, I.;McVey, L.;Loiselle, C. "Patients satisfaction and importance ratings of quality in an outpatient oncology center. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003; 18(1):43-55

Groff S, Carlson L, Tsang K, Potter B. Cancer patients satisfaction with care in traditional and innovative ambulatory oncology clinics. *Journal of Nursing Care Quality*. 2008; 23 (3):251-7

- Hespanhol, A. (2008) Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e Comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 (6), pp. 665-670.
- Holland, J. [et al.] - Psychosocial Research in Cancer: The Cancer and Leukemia Group B. In Ventafridda, V. Assessment of Quality of Life in Cancer Treatment. Amsterdão: Experta Medica, 1986. p. 89-101.
- Kavadas V, Barham C, Finch-Jones M, Vickers J, Sanford E, Alderson D, et al. Assessment of satisfaction with care after inpatient treatment for oesophageal and gastric cancer. *British Journal of Surgery*. 2004; 91:719-23
- Kleeberg U, Feyer P, Gunther W, Behrens M. Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using the PASQOC questionnaire. *Support Care Cancer*. 2008; 16:947-54
- Laranjeira, C. A. - O percurso do “doente oncológico”: a (re) conceptualização do acto informativo. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*.60:6 (2007) ISSN 0034-7167.
- Leo, D. [et al.] - Quality of life assessment – instrument to measure self perceived functioning and well being in the elderly. Leipad Project of WHO. Copenhagen, 1994.
- Lewis Steven, (Julho, 2009). Patient-Centered Care: an introduction to what it is and how to achieve it –a discussion paper for the Saskatchewan Ministry of Health, Saskatoon SK. Recuperado em 2014, Julho 3, de <http://www.changefoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro>
- Lobo, L. (2008) Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*. [Internet] Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312008000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000200017&lng=pt&nrm=iso) [Consult.24 de Dezembro 2013].
- Lopes, Catarina (2011)- Dissertação mestrado oncologia. Cuidados centrados no doente, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.



- Martins, J. C. A. - Conhecimentos sobre a Doença: criação e validação preliminar de uma escala de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detém sobre a doença. *Pensar Enfermagem*, 11: 2 (2007a) 2-11.
- Mckerns Leslie, 2007, What is Patient Centered Care and how is it Better? Recuperado em 2014, Julho 3 de <http://www.selfgrowth>.
- Negrão, A. - Avaliação do grau de satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Hematologia do Hospital dos Capuchos. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, no âmbito do XXX curso de especialização em administração hospitalar, não publicado, 2003.
- OMS - Training Manual on Management of Human Resources for Health. Genève, 1993, p.1-13.
- Ordem dos enfermeiros, DEZEMBRO 2001, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Recuperado em 2014, Julho, 7 de 2014.
- Pais, F. - O impacto da doença oncológica no doente e na família. *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Editora Formasau, 2004. 238 p. ISBN 972-8485-41-7.
- Paredes, T. [et al.] - Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9:1 (2008) 73-87.
- Parente, P. - Que informação a dar ao doente/família? *Ética nos Cuidados de Saúde*. 2ª Ed. Coimbra: Edições Formasau, 2004.
- Pegacha, M. - Mudar uma Imagem: que atitudes de enfermagem? *Servir*. 47: 4 (1999) 199-202.
- Pereira, M. G.; Lopes, C. - O doente oncológico e a sua família. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-195-9.
- Richard M, Parmar M, Caletagne P, McVey L. Seeking patient feedback: an important dimension of quality in cancer care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2010; 25(4):344-51

- Sá, E. - Qualidade de Vida: Adaptação mental à doença oncológica. *Nursing*. 15:181 (2003) 23-29.
- Seligman, L. - Promoting a fighting spirit: Psychotherapy for cancer patients, survivors and their families. San Francisco: Jossey-Bass Inc, 1996.
- Sepúlveda, M. R. - A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida, Medicina Apoiada S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16: 4 (1998) 33-55.
- Tahara, A. [et al.] - Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 50:4 (1997) 497-506.
- Thomas S, Glynne-Jones R, Chait I. Is it worth the wait? A survey of patients satisfaction with an oncology outpatient clinic. *European Journal of Cancer Care*. 1997;6:50 -8.
- Vuori, H. - Patient Satisfaction: An attribute or indicator of the quality of care? Q.R.B., 1987.
- Ware, J. E.;Davies-Avery, A.; Stewart, A. L. - The measurement and meaning of patient satisfaction with medical care. *Health and Medical care Services Review*. 1: 1 (1978) 1-15.
- Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer* 1990;66:610-6

## **APÉNDICES**

## **APÊNDICE I – RESPOSTAS QUALITATIVAS**

5

Na minha opinião, os serviços que são prestados no Hospital de Dia são excelentes. Está este hospital “preenchido” com excelentes médicos, excelentes enfermeiros e outro pessoal, também ele muito bom, que dedicam ao doente todo o seu saber, todo o seu amor e carinho.

Há pois que manter toda esta belíssima qualidade, dotando o hospital dos meios necessários para que a qualidade se mantenha, de forma a que os doentes que aqui se deslocam continuem a usufruir dos bons serviços prestados.

10

Não tenho referências de qualquer outro Hospital de Dia ou conhecimentos suficientes para sugerir melhorias (talvez um aumento dos profissionais de enfermagem).

13

- Mais sítios para sentar;
- Menos tempo de espera da consulta;
- Mudança do comer ex: mais diversidade de fruta;
- Farmácia abrir mais cedo.

18

Os cuidados e os serviços prestados neste Hospital de Dia, como acabei de comunicar nas respostas dadas no inquérito, são para mim excelentes, no entanto, verifico que os profissionais da saúde fazem cada vez mais esforços para que tudo corra bem.

Há muitos doentes oncológicos, cada vez mais, a ciência tem evoluído muito, ando nisto há 12 anos e sinto-o bem.

A capacidade instalada neste serviço tem dias de quase rutura, não fossem as capacidades profissionais e humanas de todos quanto aqui trabalham excelentes. Parece-me que o espaço físico está a ficar diminuto, estamos em crise o que não pode justificar tudo! Não pode! Um grande bem-haja a todos estes profissionais de saúde que tornam a nossa vida melhor.

20

Relativamente aos serviços de enfermagem, não poderia ter sido melhor tratado! E simplesmente um serviço de enfermagem competente, carinhoso e eficiente.

Relativamente ao serviço médico, julgo ter sido eficiente, mas pouco esclarecedor. Noto alguma distância entre o médico e o doente. O médico pouco ou nada acompanha o doente durante o tratamento, limita-se apenas às consultas, pelo menos é o que penso! O médico não se pode esquecer que há doentes com meses de vida apenas!

25

O seu funcionamento já é muito bom se comparar com outros existentes pelo país.

30

A farmácia deveria abrir às 9 horas e não às 9h30min como acontece atualmente. Não devia ser o doente ou acompanhante ir levantar o medicamento para ser recebido na sala de tratamento.

39

Depois de verificarem as minhas respostas verificarão que estou plenamente satisfeito com os serviços.

Para reforçar, só poderei dizer que se não viesse para a unidade cardio torácica, provavelmente já estaria morto.

È forte mas é verdade!

Obrigado por me salvarem!

O estacionamento é que está um caos mas isso penso que é devido a centralização cada vez maior dos serviços.

Somos obrigados a vir antes das 8 horas, senão, já não se consegue estacionar.

35

Neste momento é o nosso governo. Respeitar mais os profissionais da nossa saúde. Porque eles são ser humanos não são máquinas. Porque de graça nem os cães.

36

Este Hospital de Dia é diferente, para melhor, de outros que conheço. Tem muitas virtudes, mas no meio de tudo, há falhas que, como leigo na matéria, sinto existirem, a saber: alguma descoordenação entre os diversos serviços e falta de comunicação entre aqueles e os doentes oncológicos que carregam consigo imensas preocupações e angústias.

40

E manter sempre o seu melhor. Obrigada.

47

A alimentação deveria ser melhor, mais variada e com sabor mais apelativo.

49

Melhorar o tempo de espera, nas consultas e tratamento.

50

Para mim está bom. Exceto os microfones de chamada estão fracos e mocos e às vezes é difícil entender o nome do utente, e com um pouco mais de cadeiras, nas salas de espera.

51

Na minha opinião é preciso mais cadeiras para os doente e acompanhantes! Muito obrigada.

54

Na minha opinião, tudo em geral, é 5 estrelas. O estacionamento é que é um caos, que deveriam estudar, pois dá mau crédito ao hospital.

57

Com boa colaboração entre hospital e utentes.

61

O hospital já é muito bom.

66

O que se poderia melhorar era o estacionamento. Quanto ao resto não tenho reclamações a fazer.

67

A instalação de wireless seria algo favorável vista a duração do tratamento necessitar de distrações.

68

Eu confesso que estou plenamente satisfeita a todos os níveis. Mas talvez aumentar o número de cadeiras nas salas de espera devido ao número de utentes.

Em relação às refeições também poderiam melhorar um pouco apesar dos orçamentos serem cada vez mais reduzidos, mas há alturas em que faço intervalo mais tarde e já não há praticamente nada para comer.

De resto tudo muito bom!!! Obrigada.

70

O facto de haver cada vez mais doentes em tratamento e muito movimento no hospital de dia leva a que o estacionamento seja cada vez mais difícil à chegada pela manha e por vezes motivo de discussões e comportamentos menos próprios dos condutores e familiares no exterior, acabando por se refletir na disposição dos doentes que já tem motivos de desgaste e sofrimento que lhe cheguem devido à sua situação de doença.

Penso que deviam melhorar a dieta dos doentes, que é pouco variada.

71

- Melhorar o ambiente das salas de espera;
- Melhorar sinalização dos vários serviços;
- Criar muito mais estacionamento.

74

Poder disponibilizar rede wi-fi para ocupação dos doentes durante o tempo de tratamento.

79

Chega-se a um ponto que o tempo de tratamento é demasiado cansativo. Digo isto porque desconheço o passo a passo do tratamento.

82

- Estacionamento das viaturas;
- Salas de espera com menos barulho e mais privacidade nas mesmas.

88

Melhorando o estacionamento.

90

- Mais informação sobre as análises ao sangue na entrada do Hospital, no corredor (sistema de senhas);
- Informação com nome dos médicos na entrada dos gabinetes;
- Posição das cadeiras de tratamento;
- Há doentes que não sabem o nome dos médicos;
- Mais rapidez na marcação de exames, para os médicos poderem trabalhar (melhor) c/ mais informação;
- Marcar o chão com os destinos para os médicos;
- Na alimentação não servir (carnes vermelhas) presunto.

91

Mais estacionamento para os doentes.

94

Quando os doentes oncológicos estão em tratamento e de repente tem outra complicação de saúde, deveriam poder ter um tratamento diferente. Falo da experiência por ter sido obrigada a recorrer a urgência geral dos HUCs, por conselho da enfermagem do Hospital de Dia e vi-me na situação de estar doente com as defesas em baixo, à espera numa sala com mais de 50 pessoas, correndo o risco de sair de lá, pior do que entrei e o sistema de triagem identificou-me como doente não urgente.

Esperei, esperei até desistir e recorrer a um serviço de urgência privado. Acho que este é um aspeto muito mais do Hospital, que deveria poder encaminhar os seus doentes de forma a não passarem por isto. No essencial isto é o mais grave.



Outros aspetos a melhorar: o apoio a dar e o tempo de espera (alguns dos que identifiquei). Apesar de tudo, a avaliação global é boa. Obrigado.

95

Apenas refiro a parte que diz respeito aos estacionamento que em determinadas horas todos percebemos que é extremamente difícil arranjar estacionamento. Isto é parte exterior do Hospital; no interior o meu questionário revela bem a minha opinião.

97

Penso que de um modo geral, este Hospital de Dia está bem equipado tanto a nível técnico de enfermagem como a nível médico e de auxiliares. A nível material penso que deveriam colocar mais cadeiras e sofás na sala de espera e no corredor das análises.

99

- A postura adequada ao acolhimento realizado pelos serviços administrativos deverá ser objeto de análise, em virtude de duas funcionárias não corresponderem aos critérios indicados, entre eles, cortesia, respeito, educação/brusquidão com que se dirigem às pessoas e falta de gentileza;
- Deficiente sinalização para quem se dirige pela 1<sup>o</sup> vez aos vossos serviços;
- A senha da colheita deveria estar junto à senha de admissão às consultas e também ajudaria um placard com instruções básicas, visto as pessoas chegarem ao hospital muito antes da entrada dos funcionários.

104

Os serviços prestados são de boa qualidade. Sobre outros aspetos não tenho opinião formada.

105

Estou satisfeito com o serviço e acho que será muito bom se se mantiver.

106

As condições são boas por isso estou satisfeita.

108

As salas de espera muitas vezes não são suficientes para a quantidade de pessoas (lugares sentados).

O estacionamento deveria ser mais fácil para os utentes que vem realizar tratamento.

114

Fácil é criticar. Difícil é melhorar. Principalmente quando as deficiências são em espaços já projetados e realizados. Refiro-me aos lugares disponível para viaturas dos doentes. Veja-se, por exemplo, as condições de estacionamento do hospital pediátrico desta cidade.

Quanto às salas de espera (refiro-me às do 3.º piso) penso que aquele espaço foi um triste remendo para as pessoas que o requerem.

116

No meu caso fui sempre bem tratada e nunca senti falta nem necessidade de outras condições todos os serviços por onde passarei. Fui bem tratada e estimada por todos profissionais sem exceção.

117

A sala de espera tem falta de cadeiras para todos os utentes.

118

Por enquanto ainda é cedo para ter uma opinião concreta e mais acertada para uma resposta mais perto da realidade... embora acredite que tudo pode ser melhorado... sempre...

124

Apesar de ter notado no decurso do meu tratamento (desde dezembro de 2012) algumas falhas ao nível dos materiais de uso, inclusivamente no sistema de soro quanto à sua qualidade, este Hospital é excelente, sobretudo aos níveis dos recursos humanos (médico, enfermeiras e auxiliares).

Existe um elevado grau de profissionalismo e uma grande/excelente capacidade de comunicação na gestão de todos os casos clínicos.

Estão de parabéns pela excelência dos serviços e pela riqueza das equipas de trabalho!

130

O Hospital de Dia normalmente funciona muito bem, por vezes o tempo de espera é muito mas isso deve-se ao elevado nº de utentes e poucos profissionais de saúde.

135

Além do dia marcado para a consulta, devia ser marcada hora também para cada doente. As horas de espera são imensas e acabam por desesperar a cada semana que o doente vem à consulta.

142

São tao boas as condições deste Hospita pouco ou nada a mexer. O pessoal é excelente.

147

Na minha opinião o Hospital de Dia está muito bem, somos bem tratados por todo o pessoal auxiliar e enfermagem.

Talvez ajudasse ter uma sala de espera para os acompanhantes, um pouco mais confortável, talvez com uma pequena biblioteca, revistas e jornais atualizados e não os deixados por algumas pessoas.

Mas em geral, os aspetos deste Hospital são positivos.

Desde já agradeço toda a simpatia e profissionalismo de todos.

Muito Obrigado.

152

Seguindo a evolução dos tempos e procurar melhorar a manutenção do mesmo hospital.

155

Facultar a possibilidade de esperar sentado (pelo menos para deficientes) aquando do tempo de espera.

156

Talvez a admissão de mais profissionais de enfermagem para as salas de tratamento.

158

Estou satisfeito. Belo hospital. Sobre tudos os funcionários, enfermeiros e enfermeiras.

161

Apenas melhorar os acessos a este hospital, nomeadamente o estacionamento que para além de ser escasso não tem as melhores condições. Em termos de hospital em si, estamos agradavelmente surpreendidos pela positiva.

166

Não há nada para melhorar nestes serviços prestados no Hospital de Dia.

170

Diminuição do tempo de espera entre as análises e a realização do tratamento.

204

Necessitaria de mais tempo para poder dar uma opinião sobre a questão proposta, mas para já o serviço do pessoal técnico e de enfermagem revela-se eficiente e com boa capacidade técnica para a função.

Talvez fosse necessário uma maior humanização de determinados serviços administrativos e de receção de doentes com uma maior proximidade e informação aos doentes.

253

Continuarem a trabalhar assim. Parabéns .Obrigado.

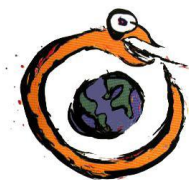
254

Poderiam melhorar na alimentação com mais variedade na oferta .

Seria bom haver rede de Wireless, para ajudar os doentes a passar os longos e intermináveis períodos de tratamento.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



# Este Seu Hospital Dia

Para responder a este questionário, pense na **sua última vinda a este hospital de dia.**  
Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.

## DADOS SOBRE A SUA ADMISSÃO

1. É a primeira vez que vem a este hospital de dia? <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

Para que especialidade vem? \_\_\_\_\_

2. Já foi a alguma consulta de outra especialidade? <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

3. Quem é que lhe indicou ou aconselhou os serviços deste hospital?

- <sub>1</sub> Médico de família / clínico geral  
<sub>2</sub> Médico de outro hospital  
<sub>3</sub> Médico deste hospital  
<sub>4</sub> Escolha própria  
<sub>5</sub> Indicação de familiares ou amigos  
<sub>6</sub> Outro (por favor, especifique)

4. Esta consulta ou tratamento foi marcada para uma hora específica?

- <sub>1</sub> Sim, foi marcada para as \_\_\_\_\_ horas  
<sub>2</sub> Não, apenas me marcaram a data da consulta

5. A que horas chegou a este hospital de dia? \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Quanto tempo esperou para o registo na admissão? \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Quanto tempo esperou na sala de espera depois da admissão e antes da consulta? \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Quanto tempo durou a sua consulta? \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Quanto tempo durou o seu tratamento? \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Pedimos-lhe que avalie aspectos relativos à sua última visita. Assinale com um 'X' **apenas** uma resposta em cada linha.

<b>AO CHEGAR AO HOSPITAL DE DIA</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>6.</b> LOCALIZAÇÃO: <i>local do hospital</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>7.</b> SINALIZAÇÃO DO HOSPITAL: <i>facilidade com que se dirigiu ao hospital</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>8.</b> ESTACIONAMENTO: <i>lugares disponíveis e sua localização</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>9.</b> SINALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE DIA: <i>facilidade com que se orientou dentro do hospital</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>10.</b> EDIFÍCIO: <i>a sua opinião sobre o edifício onde o hospital de dia está instalado</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

<b>ADMISSÃO E REGISTO</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>11.</b> EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO: <i>facilidade em conseguir esta consulta ou este tratamento, incluindo o tempo que demorou</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>12.</b> TEMPO DE ESPERA: <i>tempo de espera para registar a sua consulta ou tratamento</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>13.</b> FORMA DE ATENDIMENTO: <i>cortesia, respeito, amizade e gentileza do pessoal administrativo</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>14.</b> INFORMAÇÕES: <i>clareza das explicações dadas pelo pessoal administrativo</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>15.</b> SALA DE ESPERA: <i>conforto e aspecto geral da sala onde esperou para ser atendido/a</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

<b>ÁREA DA CONSULTA OU TRATAMENTO</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>16.</b> PRIVACIDADE: <i>forma como a sua privacidade foi assegurada</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>17.</b> TEMPO DE ESPERA: <i>tempo de espera para a consulta ou tratamento, depois do registo</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>18.</b> CONDIÇÕES DA SALA: <i>conforto e aspecto geral do local onde se realizou a sua consulta ou tratamento</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>19.</b> EQUIPAMENTO: <i>forma como o equipamento lhe pareceu estar actualizado e em funcionamento</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>



<b>CUIDADOS GERAIS PRESTADOS</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>20.</b> ASPETOS TÉCNICOS: <i>forma como os serviços lhe foram prestados pelos profissionais de saúde</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>21.</b> SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: <i>disponibilidade e vontade dos profissionais de saúde em satisfazer as suas necessidades</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>22.</b> AJUDA E SIMPATIA: <i>capacidade dos profissionais para o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>23.</b> SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS: <i>sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações de saúde</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>24.</b> COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: <i>trabalho de equipa entre os profissionais de saúde do hospital de dia</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>25.</b> TEMPO: <i>tempo que demorou na consulta ou no tratamento</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

<b>INFORMAÇÃO</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>26.</b> FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES: <i>vontade dos profissionais em responder às suas perguntas</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>27.</b> INFORMAÇÕES: <i>forma como foi esclarecido/a sobre a evolução do seu estado de saúde, a medicação e os seus efeitos secundários e a necessidade ou não de novas consultas ou tratamentos</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>28.</b> INFORMAÇÕES A ACOMPANHANTES: <i>forma como estes foram informados acerca do seu estado de saúde e necessidades</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

<b>ENFERMEIROS(AS)</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>29.</b> ASPETOS TÉCNICOS: <i>forma como o pessoal de enfermagem desempenhou as atividades de alimentação e conforto de administrar os tratamentos, medicamentos ou injecções.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>30.</b> ATENÇÃO PRESTADA PELA ENFERMAGEM AO SEU ESTADO DE SAÚDE: <i>frequência com que os enfermeiros(as) verificaram a evolução do seu estado de saúde.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>31.</b> RESPOSTA DA ENFERMAGEM ÀS SUAS CHAMADAS: <i>rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

ENFERMEIROS(AS) (CONT.)	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
32. CUIDADOS E CARINHO: <i>cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos enfermeiros(as).</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
33. INFORMAÇÃO FORNECIDA: <u>forma como os enfermeiros (as) comunicaram com os doentes, familiares, acompanhantes e médicos(as).</u>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

MÉDICOS(AS)	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
34. ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE: <i>frequência com que os médicos(as) verificaram a evolução do seu estado de saúde.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
35. DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS: <i>facilidade de falar com o seu médico.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
36. CUIDADOS E CARINHO: <i>cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
37. ASPETOS TÉCNICOS: <i>forma como o seu médico fez o diagnóstico, o/a examinou e o/a tratou.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
38. INFORMAÇÃO FORNECIDA: <u>Forma como os médicos(as) comunicaram com os doentes, familiares, acompanhantes e restante equipa de saúde.</u>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
39. COORDENAÇÃO: <i>forma como os médicos trabalharam em equipa para o/a tratar.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

OUTRO PESSOAL	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
40. PESSOAL AUXILIAR: <i>forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
41. SERVIÇO SOCIAL: <i>forma como os profissionais desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
42. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: <i>forma como os profissionais desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

CONDIÇÕES DA ESTADIA	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
43. SALA: <i>limpeza, conforto, iluminação e temperatura</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
44. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO: <i>possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex.: cadeira de rodas, bengala, canadiana)</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
45. AMBIENTE CALMO: <i>paz e sossego.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
46. QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO: <i>no geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
47. ACOMPANHANTES: <i>amabilidade e simpatia com que os seus acompanhantes foram recebidos pelo pessoal do hospital de dia</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
48. HORÁRIO: <i>facilidade com que os seus familiares e amigos o acompanharam</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

OPINIÃO GERAL	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
49. QUALIDADE DO HOSPITAL DE DIA: <i>impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
50. IMPACTO DO SEU TRATAMENTO: <i>medida em que a vinda a este hospital de dia contribuiu para as suas melhoras.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
51. IMAGEM DO HOSPITAL DE DIA: <i>reputação do hospital de dia na sua comunidade.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

De seguida são apresentadas frases que os doentes por vezes dizem relativamente aos serviços de saúde.  
Por favor dê-nos a sua opinião em relação a cada uma delas.

SATISFAÇÃO GLOBAL	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
52. <i>Fui tão bem tratado/a no hospital de dia que até comentei com a minha família e amigos.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
53. <i>Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
54. <i>Soube sempre quem era o meu médico assistente.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
55. <i>Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
56. <i>Fui muito bem tratado/a pelos médicos.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
57. <i>Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

Pensando agora nos serviços de saúde prestados neste hospital de dia,  
diga-nos, por favor, qual a qualidade de cada um dos seguintes aspetos.

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
58. <i>A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
59. <i>O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
60. <i>A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
61. <i>Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para testes ou tratamentos.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
62. <i>Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
63. <i>Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião.</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
64. <i>A rapidez com que foi atendido/a</i>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

## RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

65. **Recomendaria este hospital de dia a um familiar ou amigo/a ?**

- <sub>1</sub> Claro que sim
- <sub>2</sub> Provavelmente sim
- <sub>3</sub> Provavelmente não
- <sub>4</sub> Claro que não
- <sub>5</sub> Não se aplica porque vivo longe do hospital

66. **Voltaria a este hospital de dia caso precisasse novamente e pudesse ter escolhido?**

- <sub>1</sub> Claro que sim
- <sub>2</sub> Provavelmente sim
- <sub>3</sub> Provavelmente não
- <sub>4</sub> Claro que não
- <sub>5</sub> Não se aplica porque vivo longe do hospital

**67. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por este Hospital de Dia?**

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

68. Qual é o seu sexo? <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub> Masculino

69. Qual é a sua idade? ..... anos

70. Qual é a sua situação familiar?

- <sub>1</sub> Casado/a com registo
- <sub>2</sub> Casado/a sem registo – união de facto
- <sub>3</sub> Solteiro/a
- <sub>4</sub> Viúvo/a
- <sub>5</sub> Divorciado/a
- <sub>6</sub> Separado/a

71. Qual a sua situação perante o trabalho?

- <sub>1</sub> Empregado
- <sub>2</sub> Reformado / aposentado / pensionista
- <sub>3</sub> Desempregado/a
- <sub>4</sub> Estudante
- <sub>5</sub> Domestico/a

72. Que grau de ensino é que completou?

- <sub>1</sub> Não sabe ler nem escrever
- <sub>2</sub> Só sabe ler e escrever
- <sub>3</sub> 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- <sub>4</sub> 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- <sub>5</sub> 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- <sub>6</sub> Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- <sub>7</sub> Ensino Médio
- <sub>8</sub> Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

73. É funcionário/a deste hospital? <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

74. Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital? <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

75. Quem preencheu este questionário?

- <sub>1</sub> O/A doente
- <sub>2</sub> O/A doente com o auxílio de familiar, amigo/a ou acompanhante
- <sub>3</sub> Familiar ou amigo/a por qualquer outra razão

**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.**

**ANEXO 2 – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO E PARECER  
DA COMISSÃO DE ÉTICA**



Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos

Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. EPE

Exm.º Senhor 10.7.14  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,  
EPE

Assinado  
[Handwritten signature]

Ref.º: CHUC-023-14

30/06/2014

A pedido de **Ent.ª Laura Maria Flores Mota de Carvalho**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA"** ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

[Handwritten signature]  
(Prof. Doutor José Saralva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Reg. n.º 5379 PCA  
Origem .....  
Data 27/7/2014





AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	023	14
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DOS PROFISSIONAIS DO  
HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

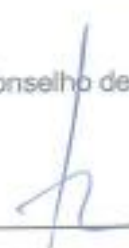
Enf.ª Laura Maria Flores Mota de Carvalho

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 10/7/14

Presidente do Conselho de Administração

(Dr. José Martins Nunes)

  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - E.P.E.

## Comissão de Ética para a Saúde



Visto / À U.I.D.  
para difusão

Prof. Doutor *José Pedro Figueiredo*  
Director Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Digmº Director Clínico do  
CHUC, EPE

S/Refº	S/Comunicação	N/Ref. - Ofício n.º	Data
		CES/092	17.06.2014

Assunto: [CHUC-023-14] - *Estudo Observacional "Avaliação da Satisfação dos utentes e dos Profissionais do Hospital de Dia de Oncologia"* - Laura Maria Flores Mota de Carvalho - Enfermeira Chefe do Hospital de Dia de Oncologia e aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra - (estudo a ser realizado no Serviço de Oncologia do CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 13 de Junho de 2014, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

### Fundamentação:

O estudo tem como objectivos: - Avaliar a satisfação dos utentes utilizadores do Hospital de Dia de Oncologia; - Avaliar a qualidade global dos serviços prestados; - Avaliar a satisfação dos profissionais de saúde do Hospital de Dia de Oncologia; - Delinear estratégias de melhoria face aos resultados obtidos.

O estudo será desenvolvido no Hospital de dia de Oncologia. A população é constituída pelos utentes que frequentam a consulta, tratamentos de quimioterapia ou tratamentos de suporte, e pelos profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados a estes doentes. A colheita de dados será realizada através de um questionário a aplicar a cada grupo.

## Comissão de Ética para a Saúde



Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DO CHUC, E.P.E.  
CH.U.  
Comissão de Ética para a Saúde  
P. E.  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Sereias Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adília Tinsco Mendez; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Paiz; Dr. José António Fole; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Matheus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.