



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Maria João Salvador Daniel dos Santos Henriques

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO**  
DO “OUTCOMES AND EXPERIENCES QUESTIONNAIRE” PARA A  
POPULAÇÃO PORTUGUESA

Dissertação no âmbito do mestrado em Economia e Gestão da Saúde orientada pelo  
Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de  
Economia da Universidade de Coimbra.

setembro de 2019





# Adaptação cultural e validação do «Outcomes and Experiences Questionnaire» para a população portuguesa

Maria João Salvador Daniel dos Santos Henriques

Dissertação no âmbito do mestrado em Economia e Gestão da Saúde orientada pelo Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

setembro de 2019



“O que mais importa não é viver, mas viver bem”

Sócrates



Dedico este trabalho aos meus doentes, que me têm motivado e ensinado ao longo destes 20 anos, na esperança que possa contribuir para melhorar os cuidados que lhes prestamos e, assim, a sua qualidade de vida.



## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela sua competente orientação desde o início do mestrado, pela ajuda na realização do mesmo e pelo rigor científico e disponibilidade dispensadas na revisão do trabalho

Aos meus colegas Cátia Duarte e Armando Malcata, pela sua ajuda no processo de tradução da escala e ao Ricardo Ferreira pela ajuda científica tão necessária na conclusão da tese, não esquecendo a amizade e incentivo que sempre me deram e que são imprescindíveis, neste e noutros aspetos da minha vida

Agradeço a todos os médicos, enfermeiros e secretárias do Serviço de Reumatologia dos CHUC, que me auxiliaram prontamente na entrega e recolha dos questionários.

Aos meus pais, pelo esforço que fizeram para que pudesse vir a ser médica.

Ao meu marido e filhos, que me incentivaram a inscrever neste mestrado e “aguentaram o forte” para que o pudesse concluir. Bem hajam pela alegria que trazem à minha vida!

A todos a minha sincera gratidão!



## RESUMO

**Enquadramento:** A Qualidade em Saúde é um tema cada vez mais discutido e valorizado, embora nem sempre fácil de entender ou de implementar. Numa unidade que presta cuidados de saúde, a avaliação da qualidade dos mesmos deve constituir-se como uma prática regular, devidamente organizada. A avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de saúde é um indicador de qualidade fundamental, permitindo compreender melhor o seu ponto de vista, e promover como recomendado, cuidados centrados na pessoa. A avaliação da satisfação dá também ao utente a possibilidade de ter uma participação ativa na gestão do serviço de saúde, nomeadamente na adaptação dos recursos em função dos seus interesses. Para além da satisfação, tem sido cada vez mais importante medir também os resultados e as experiências vividas pelos utentes. Neste âmbito, os instrumentos para avaliar estas dimensões devem ser escolhidos de acordo com o propósito a que se destinam e estar devidamente adaptados e validados para o efeito.

**Objetivos:** Com este estudo pretendemos: (i) traduzir e adaptar o “Outcomes and Experiences Questionnaire” (OEQ) para a cultura portuguesa, (ii) determinar as características psicométricas da versão portuguesa deste questionário, e ainda (iii) determinar a perceção dos utentes acerca dos seus cuidados recebidos num serviço de Consulta Externa e num Serviço de Internamento de um hospital universitário.

**Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico de validação/adaptação, transversal. A adaptação cultural e linguística do OEQ, desenvolvido e validado em Inglaterra, foi conseguida através da metodologia sequencial. A versão final do questionário, que é composto 11 perguntas, divididas por uma subescala que avalia as Experiências (OEQ-E) e outra os outcomes (OEQ-O), for preenchida por utentes adultos, com capacidade para responder ao mesmo e seguidos em consulta externa de Reumatologia ou no dia de alta de internamento em serviço de Reumatologia e Ortopedia Oncológica.

**Resultados:** Obtivemos uma tradução do OEQ em Português, com equivalência semântica e cultural com a versão original. Um total de 206 utentes de ambulatório (idade média=54 anos, desvio padrão= 14 anos; 67% mulheres) e 75 utentes internados (idade média=50 anos, desvio padrão=17 anos; 53% do sexo feminino) preencheram o questionário.

Este questionário demonstrou ser fiável, com níveis bons de consistência interna quer para o ambulatório (OEQ-O=0,81; OEQ-E=0,82), quer no internamento (OEQ-O=0,74;

OEQ-E=0,82). O questionário demonstrou ter também boa validade de constructo e de critério, com boa correlação com as variáveis estudadas. A satisfação dos utentes foi elevada.

**Conclusão:** O OEQ demonstrou ser um questionário simples de preencher, de fácil entendimento e válido para avaliar a satisfação do utente com os resultados e as experiências sentidas, após uma consulta ou internamento num serviço de Reumatologia.

**Palavras-Chave:** Satisfação com os cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Medidas reportadas pelo doente; Experiência de Cuidados; Validação transcultural.

## ABSTRACT

**Background:** Quality in Health is an increasingly discussed and valued theme, although not always easy to understand or implement. In a health care unit, the evaluation of its quality should be a regular and properly organized practice. The assessment of patients' satisfaction with the health service is a fundamental quality indicator, allowing a better understanding of their point of view and promoting, as recommended, person-centred care. The assessment of satisfaction also gives the patient the possibility of having an active participation in the management of the health service, namely in the adaptation of resources according to his/her interests. In addition to satisfaction, it has also been increasingly important to measure the results and experiences experienced by patients. In this context, the instruments to assess these dimensions should be chosen according to their purpose and be duly adapted and validated for this purpose.

**Objectives:** We intend with this study: (i) to translate and adapt the Outcomes and Experiences Questionnaire (OEQ) for Portuguese culture, (ii) to determine the psychometric characteristics of the Portuguese version of this questionnaire, and (iii) to determine the users' perception of their care received in an Outpatient Service and an Inpatient Service of a university hospital.

**Methods:** This is a cross-sectional validation/adaptation methodological study. The cultural and linguistic adaptation of the OEQ, developed and validated in England, was achieved through the sequential methodology. The final version of the questionnaire, which was composed of 11 questions divided into a subscale that assessed the Experiences (OEQ-E) and another the outcomes (OEQ-O), was completed by adult patients who were able to answer it and followed up in an outpatient Rheumatology consultation or on the day of hospital discharge in a Rheumatology and Oncologic Orthopedics service.

**Results:** We obtained a translation of the OEQ in Portuguese, with semantic and cultural equivalence to the original version. A total of 206 outpatient patients (mean age = 54 years, standard deviation = 14 years; 67% female) and 75 inpatient patients (mean age = 50 years, standard deviation = 17 years; 53% female) completed the questionnaire.

This questionnaire proved to be reliable, with good levels of internal consistency both in the outpatient setting (OEQ-O=0.81; OEQ-E=0.82) and in the inpatient setting (OEQ-

O=0.74; OEQ-E=0.82). The questionnaire also showed good construct and criterion validity, with a good correlation with the variables studied. Patient satisfaction was high.

**Conclusion:** The OEQ proved to be a simple questionnaire to be completed, easy to understand and valid to assess the patient's satisfaction with the results and experiences after a consultation or hospitalisation in a rheumatology service.

**Keywords:** Satisfaction with health care; Quality in health; Measures reported by the patient; Care experience; Cross-cultural validation.

## LISTA DE SIGLAS

EQ-5D – *EuroQol Five-Dimensions*

FDA – *Food and Drug Administration*

HRQOL – *Health-Related Quality Of Life*

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*

IPQ – Instituto Português da Qualidade

KMO – Teste de Kaiser-Meyer-Olkin

NHP – *Nottingham Health Profile*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGA – *Patient's Global Assessment of disease activity*

PNS – Plano Nacional de Saúde Português

PREMs – Patient Reported Experiences Measures

PRMs – Patient Reported Measures

PROMs – Patient Reported Outcomes Measures

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QOL – Quality of life

SF-36 – Short Form 36

SIP – *Sickness Impact Profile*

SPQ – Sistema Português da Qualidade

SPR – Sociedade Portuguesa de Reumatologia

WHO – *World Health Organization*



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Fatores que influenciam os <i>Outcomes</i> em Saúde	25
<b>Figura 2.</b> Fatores intervenientes na Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	27
<b>Figura 3.</b> Fatores a ter em conta na elaboração de <i>Patient Reported Outcome Measures</i> em Reumatologia	29
<b>Figura 4.</b> Comparação do número de médicos por 1000 habitantes de 2000 a 2016	31



## INDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1.</b> Caraterísticas sociodemográficas dos utentes	46
<b>Tabela 2.</b> Análise multifatorial por componentes principais (Consulta Externa)	47
<b>Tabela 3.</b> Análise multifatorial por componentes principais (Internamento)	47
<b>Tabela 4.</b> Associação estatística entre as variáveis sociodemográficas e a OEQ	48
<b>Tabela 5.</b> Coeficiente de correlação OEQ- EQ5D	49
<b>Tabela 6.</b> Consistência interna da OEQ	49
<b>Tabela 7.</b> Reprodutibilidade da OEQ	49
<b>Tabela 8.</b> Satisfação com os cuidados recebidos	50
<b>Tabela 9.</b> Avaliação geral dos serviços	51



## SUMÁRIO

	Pág.
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
1.1. QUALIDADE EM SAÚDE	21
1.2. RESULTADOS EM SAÚDE	25
<b>1.2.1. <i>Impairment, Disability, Handicap</i></b>	<b>26</b>
<b>1.2.2. <i>Patient Reported Outcomes Measures</i> Genéricos e Específicos</b>	<b>28</b>
1.3. EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE	30
1.4. <i>PATIENT REPORTED MEASURES</i> EM REUMATOLOGIA	32
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
2.1. TIPO DE ESTUDO	39
2.2. SELEÇÃO DE AMOSTRA	40
2.3. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS	40
2.4. PROCESSO DE TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO	40
2.5. VALIDAÇÃO FACIAL E DE CONTEÚDO	42
2.6. VALIDADE DE CONSTRUTO	42
2.7. VALIDADE DE CRITÉRIO	43
2.8. FIABILIDADE	44
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>45</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - Versão original do <i>Outcomes and Experiences Questionnaire</i>	
ANEXO II - Versão Portuguesa do <i>Outcomes and Experiences Questionnaire</i> (Consulta Externa)	
ANEXO III - Versão Portuguesa do <i>Outcomes and Experiences Questionnaire</i> (Internamento)	



## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade em saúde, seja através da mensuração de resultados, da satisfação e experiências dos utilizadores é uma prática cada vez mais valorizada e discutida nas sociedades modernas, embora nem sempre fácil de entender ou de pôr em prática. A avaliação da experiência e satisfação dos utilizadores tem tido, neste âmbito, menor valorização do que os resultados (*outcomes*) propriamente ditos. Nesta introdução faremos uma abordagem a estas temáticas, utilizando-se, no final, o exemplo das doenças reumáticas, por serem prevalentes na nossa sociedade, incapacitantes e por ser esta a área de especialidade da autora deste estudo.

### 1.1. QUALIDADE EM SAÚDE

A Qualidade em Saúde é, de acordo com Palmer e Nesson (1982, p. 760), “a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes”. Por aqui se deduz que os cuidados a prestar em saúde devem ter em conta muitas condicionantes, que serão diferentes de país para país e até dentro do mesmo país, já que podem variar consoante as regiões e consoante o tipo de cuidados a prestar. No que diz respeito à tecnologia, cada vez há mais desenvolvimentos e técnicas inovadoras, que devem ser acompanhadas pelos sistemas de saúde, bem como novas terapêuticas, algumas extremamente dispendiosas que exigem avaliações de custo/efetividade e controlo rigorosos. Os recursos disponíveis são cada vez mais complexos, quer a nível dos cuidados básicos de saúde com os novos modelos de centros de saúde, quer a nível hospitalar (hospitais do sector público administrativo; hospitais entidades públicas empresariais (EPE); hospitais públicos com gestão privada) e têm dificuldade em acompanhar as alterações demográficas e o envelhecimento da população. Por sua vez, existe cada vez maior exigência e expectativa por parte dos utentes, que pretendem mais informação e maior participação nas decisões.

Quando se fala de qualidade, temos de falar de avaliação da mesma. Só assim podemos garantir que os serviços prestados são os melhores possíveis, de acordo com os padrões

exigidos e que satisfazem os utentes. Segundo Donabedian (1966), considerado o pai da avaliação da qualidade em saúde, esta avaliação devia respeitar a tríade - estrutura, processo, resultados. O importante é saber o que avaliar, como avaliar e quando avaliar. Quando falamos de estrutura, referimo-nos ao local de trabalho, às instalações, ao equipamento, aos profissionais de saúde e aos recursos. O processo refere-se às atividades em saúde de prevenção, de diagnóstico, de terapêutica. Os resultados referem-se ao estado de saúde dos utentes, mas também à sua satisfação (Donabedian, 1966).

Durante muito tempo pensou-se que a qualidade dependia unicamente da estrutura (instituição e condições onde são prestados os cuidados) e dos processos (prestadores de cuidados e cuidados prestados). Isto tornava a medição e a avaliação da qualidade muito difícil de realizar, já que, muitas vezes, para se melhorar a prestação de cuidados tínhamos de aumentar muito os custos ou o tempo despendidos, não sendo isto suportável pelas entidades prestadoras de cuidados.

Na década de 90 começou-se a valorizar a análise dos resultados/*outcomes* sendo que as três dimensões da tríade clássica devem estar sempre presentes e integradas nos processos de avaliação, monitorização e melhoramento da qualidade em saúde (Donabedian, 1992).

Em Portugal, foi criado em 1986 o Instituto Português da Qualidade (IPQ), exercendo as suas funções sob a tutela do Ministério da Economia. O IPQ é o organismo gestor e coordenador do Sistema Português da Qualidade (SPQ), sendo responsável por várias atividades que promovem a dinamização da qualidade em diversos sectores, incluindo o sector da saúde, sendo responsável pelas atividades de normalização, certificação e metrologia (Sousa, 2008). Começava assim, no nosso país, o interesse e desenvolvimento da qualidade em saúde.

W. Edwards Deming, considerado conjuntamente com Juran, pioneiros na área da gestão de qualidade, defende que a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo cliente, pelo que esta deve representar as necessidades do mesmo e o que ele puder pagar (Deming, 1986). Neste sentido, segundo Deming, a qualidade vai alterando o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do cliente (Deming, 1986).

Deming defende também que a qualidade é um processo dinâmico, devendo as instituições procurar sempre a melhoria contínua, segundo o ciclo PDCA, adaptado do ciclo de Shewhart (Plan, Do, Check, Action). Juran defende também na sua trilogia este

processo dinâmico – Planeamento da qualidade; controlo da qualidade e melhoria da qualidade (Juran, 1988).

Apesar de uma preocupação crescente na melhoria da qualidade em saúde, o Plano Nacional de Saúde Português (PNS) 2011-2016 reconhece “um défice de cultura de avaliação e de monitorização”, bem como “uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes” (Campos, Saturni, & Carneiro, 2010). A melhoria da qualidade em saúde implica uma constante monitorização de resultados e implementação/adaptação de medidas para se alcançarem esses resultados. Neste PNS é também referido que é “importante reconhecer que em Portugal, existe pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade”. Portugal aparecia em 29.º lugar entre 31 países no *Euro Patient Empowerment Index 2009* (Health Consumer Powerhouse, 2009), tornando-se claro que não havia um investimento no envolvimento do doente nos seus cuidados de saúde. Contudo, no relatório de 2018, Portugal já aparece em 13.º lugar num total de 35 países avaliados, mostrando que tem sido feito um esforço grande de melhoria (Health Consumer Powerhouse, 2018).

Uma das estratégias apontadas pelo PNS 2011-2016 para melhorar este problema defende que “todas as instituições prestadoras de cuidados devem, permanentemente, recolher as opiniões dos cidadãos, através de inquéritos, grupos focais, análise de reclamações e outras formas” (Campos, Saturni, & Carneiro, 2010). A avaliação da satisfação dos utentes torna-se assim um indicador de saúde muito importante para avaliar o desempenho e qualidade dos serviços de saúde, tendo sido cada vez mais utilizado nos últimos anos em vários países, conforme observado no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017). Estas avaliações podem depois ser utilizadas como forma de gerir o financiamento das instituições (como por exemplo na Noruega), como meio de regulamentar e creditar serviços (exemplos: Inglaterra e França) ou para informação e melhoria dos cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (exemplos: Canadá e Holanda) (Fijisawa & Klazinga, 2017).

Apesar da importância já descrita da avaliação da satisfação dos utentes, não há consenso sobre qual a melhor forma de o fazer. Cada vez mais se usa esta avaliação como medida de qualidade das instituições e até como medida de financiamento, mas na realidade a satisfação dos utentes nem sempre traduz melhor qualidade assistencial. Por vezes, até os utentes que têm piores resultados são os mais satisfeitos, o que nos dá a noção que há múltiplos fatores a afetar esta avaliação (Ku, et al, 2015). Wood et al. demonstraram que a performance dos profissionais de saúde tem muito pouca influência na satisfação dos utentes (Wood et al, 2009). Noutro estudo em que se avaliou a

satisfação dos doentes, demonstraram que os doentes com maior grau de satisfação tinham maior probabilidade de serem internados, maior consumo de medicação, mais gastos com saúde e até maior taxa de mortalidade (Fenton, 2012).

Por outro lado, alguns trabalhos têm mostrado correlação positiva entre a satisfação dos utentes e os seus *outcomes* em saúde. Utentes mais satisfeitos e com melhores resultados cumprem melhor os esquemas terapêuticos e recorrem menos vezes aos serviços de saúde (Ku et al, 2015).

Cada vez mais se utiliza a satisfação dos utentes como indicador de qualidade dos serviços, uma vez que estes são uma importante fonte de informação sobre o funcionamento dos mesmos. Colocar o doente no centro dos cuidados prestados é uma boa estratégia para se melhorar a informação e a qualidade. Deve haver preocupação em responder a todas as questões e dúvidas dos doentes, avaliar as questões psicossociais associadas, partilhar as decisões com o doente, embora isto possa contribuir para aumentar o tempo de duração da consulta ou dos cuidados prestados (Ward, 2004). Uma forma de melhorar esta interação médico-doente é promovendo a educação do doente, sobre como estruturar as suas queixas, priorizar os problemas e organizar as suas preocupações. Isto permite melhorar a informação recebida e a comunicação com o médico, diminuir o tempo de consulta, melhorar os sintomas do doente e satisfazer assim as suas expectativas, contribuindo para a sua satisfação (Ward, 2004). Assim, podemos capacitar o doente para intervir nos seus cuidados de saúde e no seu tratamento.

A educação do doente envolve vários aspetos e muitas vezes necessita de uma equipa multidisciplinar, onde os enfermeiros exercem geralmente um papel muito importante. Estes usam uma linguagem mais acessível e focam-se também em aspetos não técnicos, permitindo ao doente ter uma abordagem melhor da doença, particularmente útil nas doenças crónicas (Zangi et al., 2015; Bech et al. 2019). A utilização de linhas de apoio telefónico ou através da internet, ajudam também na comunicação e informação do utente (Ferreira, Marques, Mendes, & Silva, 2015).

A forma mais usada de avaliar a satisfação dos doentes é através de um questionário, embora também se possa fazer uma entrevista presencial. O questionário pode ser preenchido no local ou à distância (por telefone, postal ou via internet). Os questionários desenvolvidos podem avaliar os resultados da doença ou os resultados do próprio doente, que são cada vez mais utilizados pelos países da OCDE (Fijisawa & Klazinga, 2017).

Neste âmbito, as medidas reportadas pelo doente ou *Patient Reported Measures* (PRM) avaliam os resultados que são importantes para os doentes, podendo dividir-se em

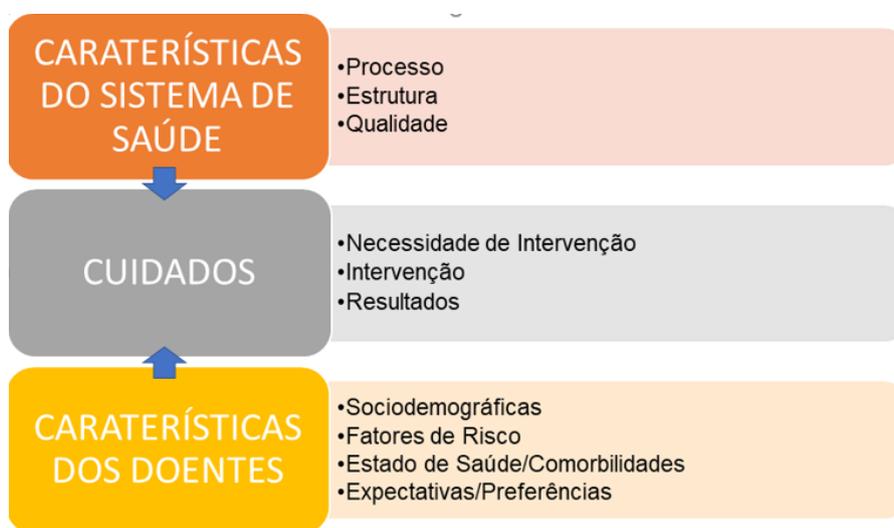
*Patient Reported Outcomes Measures* (PROMs) e "Patient Reported Experiences Measures" (PREMs). Estas são avaliações complementares e devem ser utilizadas em conjunto, pois medem aspetos diferentes mas igualmente importantes do ponto de vista do utente (Fijisawa & Klazinga, 2017).

## 1.2. RESULTADOS EM SAÚDE

Segundo a OCDE, resultados em saúde (*outcomes*) são "alterações no estado de saúde da população (mortalidade e morbilidade) resultantes de intervenções em saúde ou outros serviços" (OCDE, 1992). Donabedian (1996) diz mesmo que os *outcomes* representam a verdadeira validação da efetividade e qualidade dos serviços médicos.

Estes outcomes, como já descrito, são influenciados por diversos fatores, entre outros, o tipo de doença, modelos de gestão, o lugar onde vivemos, grau de aprendizagem, profissão. Esta complexidade está esquematizada na Figura 1.

**Figura 1 - Fatores que influenciam os *Outcomes* em Saúde**



Adaptado de: CIHI/STC Health Outcomes Framework. Canadian Institute for Health Information - Yeates G. Inputs, Outputs and Outcomes what measures, What matters? CIHI 2007.

Os PROMs avaliam a percepção do doente sobre o impacto da doença na sua vida, na sua saúde e no seu bem-estar. Dão uma avaliação real da qualidade de vida do doente e podem ser específicos de determinadas patologias, medindo assim aspetos mais direcionados para essas doenças. São essenciais para avaliarem a qualidade do tratamento recebido pelos doentes e fazer adaptações centradas no doente (Lloyd et al, 2014). O termo só apareceu em 1999 e a definição da Food and Drug Administration (FDA) de PROMs é “*a measurement based on a report that comes directly from the patient (i.e., study subject) about the status of a patient’s health condition without amendment or interpretation of the patient’s response by a clinician or anyone else*” (Food and Drug Administration, FDA, 2016). Eles podem avaliar os processos e a estrutura dos cuidados, mas mais importante do que isso é que avaliem os resultados obtidos com os cuidados médicos ou hospitalares, quantificando aspetos qualitativos do doente. A análise de resultados é uma das mais importantes formas de avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **1.2.1. Impairment, Disability, Handicap**

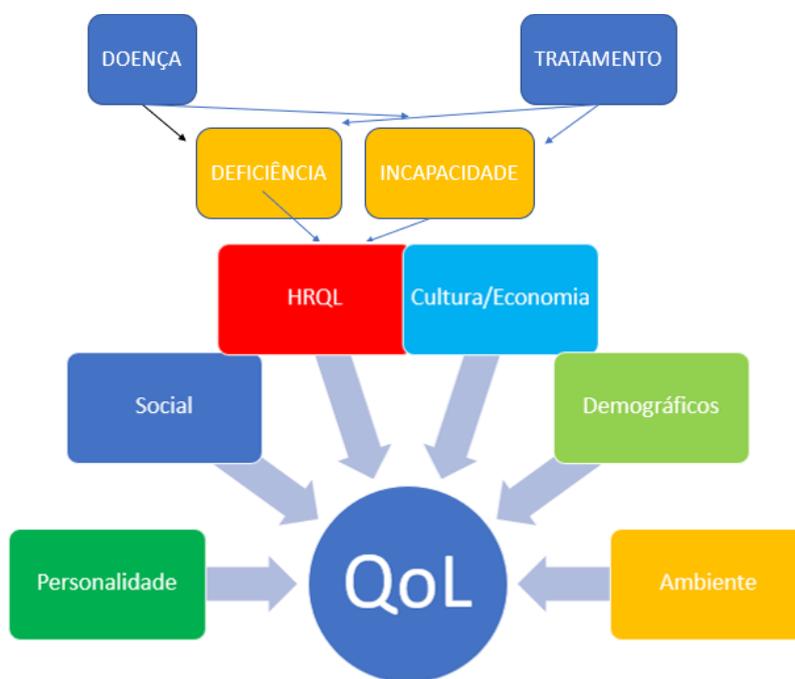
Os PROMs podem avaliar o impairment (deficiência), a disability (incapacidade) e o handicap (desvantagem) do doente (Doward & McKenna, 2004). Estes conceitos e as suas dimensões estão definidos na *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH) (World Health Organization, WHO, 1980). A “deficiência” refere-se a alterações psicológicas, fisiológicas ou anatómicas que se traduzem por sintomas (dor, ansiedade, depressão, fadiga, alterações do sono). Ao avaliar estes sintomas está-se a avaliar o impacto da doença de um ponto de vista clínico. A “incapacidade” tem a ver com limitações ou incapacidade física (dificuldade em vestir, caminhar, higiene diária, trabalhar). A “desvantagem” do doente é consequência das outras duas e depende da idade, género e meio sociocultural. São considerados seis tipos de desvantagem: orientação, independência física, mobilidade, ocupação, integração social e independência económica (Doward & McKenna, 2004). A avaliação destas dimensões dá-nos um contexto do problema mais do ponto de vista da sociedade do que pessoal.

A medição destas dimensões permite-nos avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (ou Health Related Quality of Life, HRQL). Este é um aspeto importante para a qualidade de vida (QoL) mas não o único. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QoL como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas,*

*padrões e preocupações”* (The WHOQOL Group, 1995). Este é um conceito muito lato, que abrange aspetos físicos, psicológicos, sociais, crenças religiosas, nível de independência, entre outros. Segundo esta definição, e se queremos avaliar a qualidade de vida de um indivíduo, torna-se claro que temos vários aspetos a ter em conta para além do impacto da doença ou do tratamento. Não é, contudo, fácil definir métodos de avaliação para estas dimensões mais subjetivas, além de que se torna depois difícil validar a sua utilização em diferentes países, tendo em conta as diferenças culturais existentes. Foi assim que surgiu necessidade de constituir um grupo específico para o estudo desta temática grupo, o *World Health Organization quality of life assessment* (WHOQOL), nomeadamente com a finalidade de desenvolver instrumentos de medição de qualidade de vida. A intenção é usar depois os resultados obtidos para avaliação e melhoria contínua da prática clínica, avaliação de tratamentos e de serviços de saúde.

O esquema apresentado na Figura 2 apresenta uma perspectiva da abordagem global da QoL.

**Figura 2.** Fatores intervenientes na Qualidade de Vida relacionada com a Saúde



Adaptado de Doward L, McKenna S. (2004). *Defining Patient-Reported Outcomes*. Value in Health, 7 (Sup 1): pág 56

Os questionários de QoL são construídos com base nas necessidades e interesses dos doentes, o que representa uma mais-valia pois evitam perguntas desnecessárias e aumentam a taxa de resposta (Doward & McKenna, 2004). A avaliação obtida é também mais fidedigna e útil, pois apesar de o indivíduo poder ser portador de uma doença, que até pode ser crónica, se conseguir manter as suas necessidades satisfeitas a sua qualidade de vida vai ser boa e, pelo contrário, a sua qualidade de vida é má quando as necessidades não são satisfeitas.

### **1.2.2 Patient Reported Outcomes Measures Genéricos e Específicos**

Os PROMs podem ser genéricos ou específicos de doença (McKenna, 2011). Os instrumentos genéricos avaliam qualquer doença da população e temos como exemplos o *Sickness Impact Profile* (SIP) (Bergner et al, 1976), o *Nottingham Health Profile* (NHP) (Hunt, McEwen, & McKenna, 1986), o *Short Form 36* (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992) ou o *EuroQol five-dimensions* (EQ-5D) (Rabin % de Charro, 2001). Estes questionários avaliam vários domínios e têm sido usados para comparar diferentes doenças ou como comparador entre uma doença e uma população saudável (McKenna, 2011). Contudo, é preciso ter cuidado com estas avaliações e comparações, pois podemos não estar a avaliar itens relevantes para os doentes, uma vez que estes variam consoante as patologias em questão (McKenna, 2011).

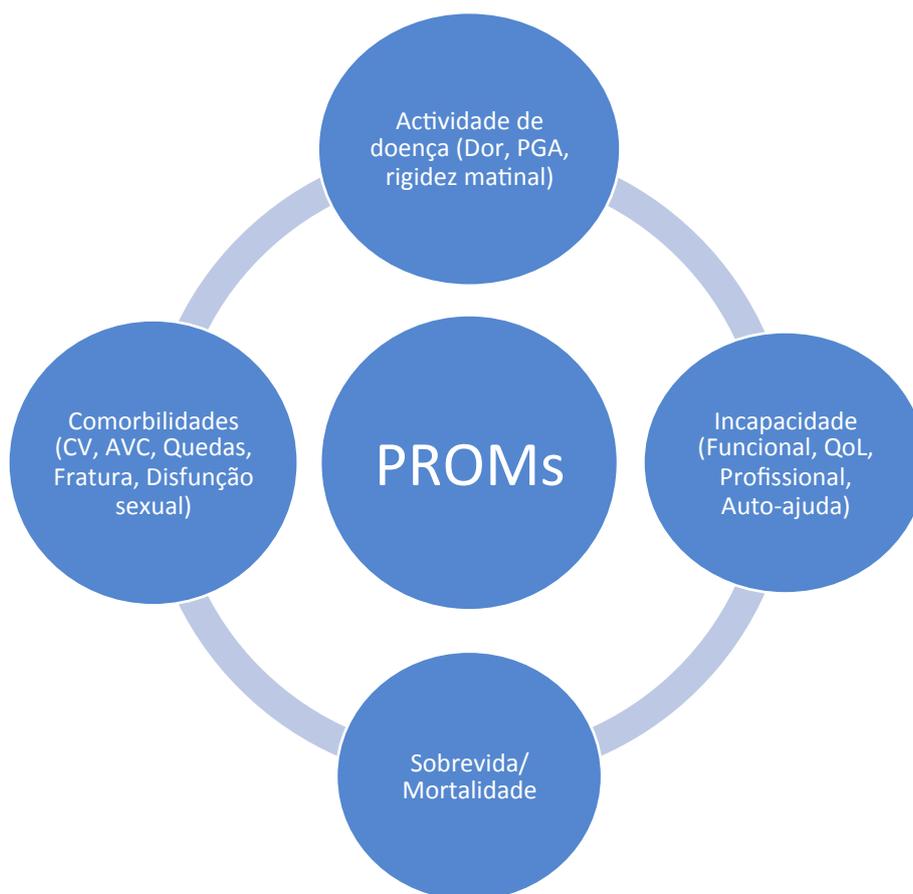
Nos PROMs específicos são avaliados resultados particulares de uma determinada população de doentes. Se forem questionários de avaliação de QoL baseados nas necessidades dos doentes, os vários itens do questionário são obtidos através de entrevistas qualitativas aos doentes. Estas perguntas são depois validadas com uma população mais global e testados para verificar se realmente medem o que se pretende medir (validade de constructo) (McKenna, 2011). Por outro lado, são questionários muito úteis para se usarem quando queremos testar a eficácia de tratamentos diferentes para a mesma doença. Não podem, contudo, ser usados entre doenças diferentes, a não ser que se valide primeiro para outras patologias e se verifique se medem os mesmos itens (McKenna, 2011).

A maioria dos PROMs avaliam os sintomas e a função dos doentes (HRQoL) e são muito úteis para se testar a eficácia de um tratamento a nível clínico ou em ensaios clínicos. Mas é preciso não esquecer ou negligenciar a perspetiva e os interesses do doente. Estes podem adaptar-se à doença ou às suas limitações e terem uma boa QoL (McKenna, 2011). Por isso é importante usar medidas que avaliem as QoL, principalmente quando falamos de doenças crónicas ou doenças sem tratamento

curativo. Para estes doentes são muito importantes as medidas que possam melhorar a sua QoL, mesmo que não sejam as mais indicadas para a sua doença ou que tenham maior evidência científica.

Nas doenças crónicas reumáticas é difícil haver uma só medida de avaliação que possa ter em conta todos os parâmetros de bem estar e de resposta ao tratamento do doente (Miedany, 2014). A condição do doente, os fatores de risco e comorbilidades variam ao longo do tempo, o que implica uma abordagem centrada no doente e uma avaliação regular da atividade da doença, das comorbilidades, da adesão ao tratamento e do impacto da doença. Torna-se assim importante ter estes aspetos em consideração na abordagem destes doentes (Figura 3).

**Figura 3.** Fatores a ter em conta na elaboração de *Patient Reported Outcome Measures* em Reumatologia



Adaptado de: Miedany Y (2014). Clin Exp Rheumatol 2014; 32 (Suppl. 85): S40-S46.

Legenda: AVC, Acidente vascular cerebral; CV, cardiovascular; PGA, Patient Global Assessment.

Nestes questionários pode-se perguntar direta ou indiretamente em que medida os cuidados prestados tiveram impacto no estado de saúde do doente. Estes questionários não devem ser muito extensos e podem ser administrados até 12 semanas depois da intervenção, sendo que neste intervalo de tempo o doente ainda tem memória do sucedido. A avaliação destes resultados permite ter uma medida do grau de satisfação do utente com os cuidados prestados numa determinada instituição (Lloyd et al., 2014).

Para melhor se implementar este tipo de questionários na prática clínica do médico, devem-se utilizar questionários curtos e simples de entender, de fácil e livre acesso, disponíveis em várias línguas e que facilitem a interação profissional-doente (Fautrel et al, 2018). Neste sentido, devem ser seguidas as orientações sobre a implementação de PROMs na prática clínica, publicadas pela *International Society for Quality of Life Research* (ISOQOL, 2015).

### 1.3. EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE

Os *Patient Reported Experience Measures* (PREMs) são apanhado de todas as interações, modeladas por uma cultura organizacional que influencia a perceção do doente durante a prestação de cuidados (Beryl Institute, website 2019). Esta definição foi elaborada depois de entrevistados muitos doentes e tida em conta a sua opinião sobre o assunto, contudo, está longe de ser completa ou consensual, dada a complexidade e diversidade do tema em si (Wolf et al, 2014).

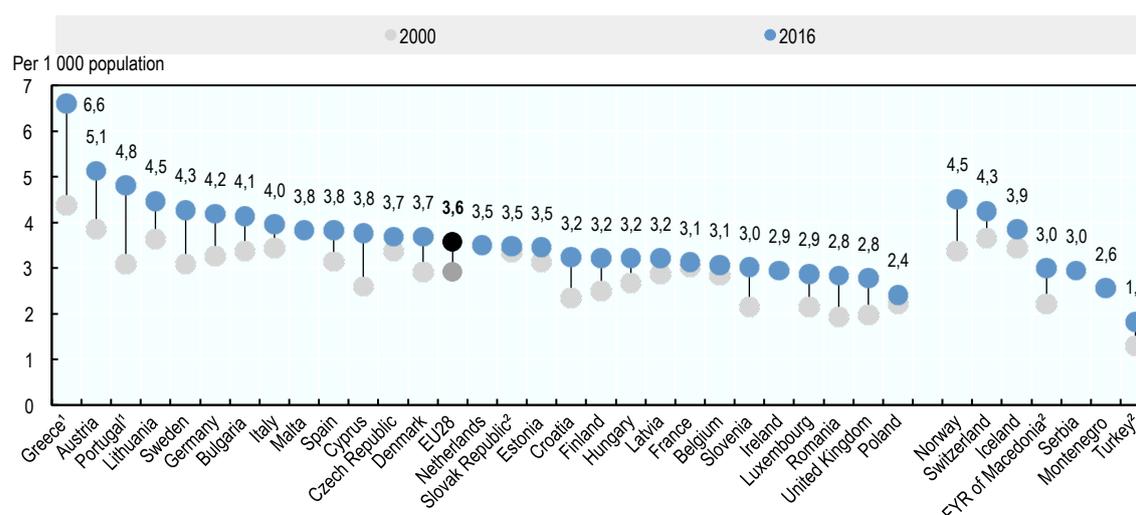
Os PREMs avaliam a experiência que o doente sentiu com os cuidados ou serviços de saúde e são um importante indicador de qualidade e segurança das instituições (Forestier et al., 2019). São completamente anónimos e permitem identificar problemas nas instituições de forma a poder melhorar ou solucionar os mesmos. Estes questionários devem ser aplicados regularmente de acordo com o ciclo de Donabedian PDSA.

Nos PROMs várias dimensões podem ser abordadas, como sintomas, estado funcional, qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQOL), satisfação, adesão à medicação, aspetos psicológicos e sociais. É, porém, quase impossível ter um questionário que consiga responder a todas estas dimensões e ao mesmo tempo seja conciso e de fácil preenchimento pelo doente.

Nos PREMs são geralmente abordadas a acessibilidade, a continuidade do tratamento, relação médico-doente ou relação com outros profissionais de saúde, envolvimento na decisão e preferências, apoio e confiança (Forestier et al, 2019).

A OCDE recomenda que todos os sistemas de saúde devem utilizar avaliações de PREMs em todos os serviços de ambulatório com qualquer médico prestador de cuidados (OCDE, 2018). No seu relatório de 2018, esta organização apresenta mesmo resultados de avaliações efetuadas por vários países membros, entre os quais Portugal, de serviços de saúde locais. Estes relatórios têm extrema importância, pois além do benefício local para cada país interveniente, permite também comparação entre países com sistemas de saúde e políticas de saúde diferentes, estado de saúde das populações, o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados prestados, como se pode ver na Figura 4 (OECD, 2018).

**Figura 4.** Comparação do número de médicos por 1000 habitantes, de 2000 a 2016



Fonte: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.

Nas pessoas com doenças crónicas a abordagem deve ser o mais global possível, pois são patologias que acarretam tratamentos prolongados, idas frequentes a consultas, com elevada repercussão na vida da pessoa (Forestier, 2019).

Nos relatórios da OCDE vários indicadores são avaliados: tempo de espera para marcação de consultas de especialidade; tempo gasto pelo médico em consulta; se as explicações dadas pelo médico são facilmente perceptíveis; oportunidade dada pelo médico para fazer perguntas e esclarecer dúvidas; falta de adesão a consultas,

tratamentos ou exames complementares por falta de recursos financeiros; prevenção, notificação e controlo de incidentes; segurança de fármacos, entre outros (OECD, 2018).

Ao longo dos anos os vários países membros têm aumentado a recolha a avaliação de PREMs de forma regular. Estas avaliações têm sido usadas para monitorizar serviços de saúde, verificar a performance das instituições e promover os cuidados centrados no doente (OCDE, 2018). Há, contudo, muito ainda para fazer e para melhorar, quer na divulgação e extensão das avaliações em curso, quer na utilização de novos questionários mais apropriados, envolvendo os doentes nestas avaliações de forma regular e sistemática. Também a recolha e utilização dos dados é um fator importante e de constante melhoria, de forma a garantir a melhoria dos sistemas de saúde, a sua atualização e correção de desigualdades (OECD, 2018).

A utilização de PREMS é muito importante a nível nacional e internacional. É importante que os questionários avaliem as dimensões relevantes para os doentes, pelo que estes devem ser envolvidos na sua elaboração, para além dos especialistas nas diferentes áreas. Os questionários devem depois passar por um processo de testes psicométricos de forma a serem validados, antes da sua utilização. Poderemos então ter indicadores fiáveis do funcionamento dos serviços de saúde, o que depois nos ajudará a monitorizar e melhorar o seu funcionamento, sempre tendo o doente como centro dos cuidados. Contudo, para haver mudanças nos sistemas, é necessário que as entidades responsáveis e decisoras estejam dispostas a fazer mudanças de acordo com as necessidades (OCDE, 2018).

#### 1.4. *PATIENT REPORTED MEASURES* EM REUMATOLOGIA

Apesar de a maior parte das doenças reumáticas não ter cura, o seu tratamento das evoluiu muito nos últimos anos, de forma que, se houver uma intervenção precoce, é hoje possível controlar a inflamação e evitar o dano e deformação que estas doenças provocam. Contudo, apesar de ser possível alcançar a remissão da doença, muitos doentes não alcançam uma situação de completo bem-estar e continuam a referir dor, fadiga, rigidez matinal, perturbações do sono, alterações psiquiátricas, etc. (Fautrel et al, 2018). Para o médico e segundo uma avaliação clínica, estes doentes podem até estar bem, mas do ponto de vista do doente a doença continuar ativa e limitante. Seguindo uma estratégia de abordagem centrada no doente é então necessário avaliar as necessidades dos doentes de forma a melhorar os resultados e experiências dos

mesmos (Fautrel et al, 2018). Muitas vezes, para melhor se alcançar estes objetivos, é necessário uma abordagem multidisciplinar, englobando os médicos de Medicina Geral e Familiar, da Medicina Física e Reabilitação, da Ortopedia, dos enfermeiros, entre outros.

Nas últimas recomendações de tratamento da Artrite Reumatóide da “European League Against Rheumatism” (EULAR), foi estabelecido que a avaliação de PROMs é uma ferramenta importante na abordagem da doença (Smolen et al, 2017). A perspetiva do doente e as suas motivações devem ajudar os profissionais de saúde na abordagem do tratamento e seguimento do mesmo. Seguindo esta estratégia pode-se aumentar a adesão do doente aos tratamentos e aumentar a sua satisfação com os mesmos (Fautrel et al, 2018).

Os índices de avaliação da atividade de doença na Artrite Reumatóide, usados para decidir a respeito dos tratamentos imunossupressores, incluem até um PROMs, o “Patient Global Assessment” (PGA), que se constitui geralmente por uma avaliação global do estado de saúde ou por uma avaliação global da atividade de doença, numa escala numérica, visual ou verbal de 0 a 10 cm, sendo que quanto maior o valor pior é o estado de saúde ou a atividade de doença (Nikiphorou et al, 2016). A EULAR recomenda que, para além da PGA, também sejam avaliadas a incapacidade, a HRQoL, a capacidade laboral e social (Fautrel et al, 2018).

Na prática clínica, contudo, os PROMs são infelizmente pouco usados. Mesmo o PGA que é geralmente utilizado, pode ter as suas limitações de interpretação, pois não tem valores definidos de “scoring”, de linguagem utilizada e pode ser influenciado pelo nível educacional do doente ou por outras comorbilidades (Ferreira et al. 2018; Ferreira et al. 2018b; Ferreira et al. 2019). Por outro lado, num estudo efetuado em doentes com Artrite Reumatoide e em quem foram avaliadas o PGA do doente e do médico sobre a atividade da doença, houve discordância destas avaliações em quase 36% dos doentes, o que mostra que os objetivos do tratamento são diferentes entre os médicos e os doentes (Khan et al, 2012).

Na avaliação da estrutura, os questionários são muito úteis. Em Inglaterra, num questionário feito em Reumatologia observou-se que o acesso destes doentes a cuidados especializados era difícil e que este seria um fator a melhorar (Haslock, 1996). Muitos outros aspetos são avaliados nas instituições, nomeadamente as listas de espera, que são um importante factor na satisfação dos utentes. Hoje em dia, a gestão das listas de espera é um assunto da maior importância na avaliação da qualidade de uma instituição.

Com a integração da opinião e a participação dos doentes no processo, mudou-se completamente a perspetiva da qualidade em saúde. Os resultados (mudança no estado

de saúde do doente que possa ser atribuída a cuidados prestados) são uma parte muito importante a valorizar. Para o doente, a qualidade reflete a medida em que os cuidados prestados satisfazem as suas necessidades. Isto não obriga necessariamente a mais custos ou mais recursos, pois por vezes basta um pouco mais de atenção, uma explicação mais perceptível do tratamento ou até um simples sorriso, para o doente se sentir muito melhor e mais satisfeito.

Nas consultas de Reumatologia, em Inglaterra e também em Espanha, a comunicação médico-doente provou ser de grande importância para o doente. Quanto melhor for esta comunicação, maior é o alívio da dor e menor a incapacidade funcional (Haslock, 1996). Não só a comunicação foi avaliada, mas também a competência do médico, a empatia, a atitude, o acesso à consulta e tempo de espera, como itens a considerar na satisfação do doente (Haslock, 1996).

Dos vários aspetos avaliados pelos doentes, a competência dos profissionais de saúde e a empatia são dos mais apreciados e produzem maior satisfação do utente. No caso de doentes com patologia crónica, como é o caso dos doentes portadores de doenças reumáticas, esta confiança nos prestadores de cuidados é de extrema importância para assegurar a adesão ao tratamento, a permanência em consulta e seguimento regular (Barbosa et al., 2011). Num trabalho efetuado num Hospital de Dia de Reumatologia, dos vários parâmetros avaliados os que mais contribuíram para a satisfação dos doentes foi a administração de medicamentos endovenosos, a temperatura da sala, o tempo de espera e a performance do médico (Barbosa et al., 2011). Noutros estudos efetuados, o mais valorizado pelos doentes foi a relação interpessoal com os profissionais de saúde (Barbosa et al., 2011).

Um trabalho semelhante desenvolvido nos Estados Unidos da América (Agrawal et al., 2012), onde foram avaliadas a satisfação dos utentes e o seu acesso à consulta, as conclusões são muito parecidas, sendo que os fatores de maior insatisfação foram não receber recomendações claras sobre o tratamento, não responderem de forma satisfatória às perguntas e preocupações, não serem dadas opções de tratamento, distância do Hospital, dificuldades no acesso rodoviário e dificuldade em conciliar o horário laboral com as consultas. O que mais contribui para a satisfação dos doentes foi a perceção pelo médico da doença e do seu tratamento.

Já se demonstrou como é importante avaliar regularmente toda a informação clínica relativa ao doente para se poder estar na posse de todos os aspetos do seu estado de saúde e proceder ao tratamento correto. É por isso importante que esta informação esteja

registada, organizada e acessível. Foi assim que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) criou um registo nacional de dados, o Reuma.pt. O objetivo da SPR foi criar um registo específico para a especialidade de Reumatologia, acessível a todos os Reumatologistas nacionais, que permitisse um registo detalhado de todas as patologias reumáticas. Os primeiros dados começaram a ser introduzidos em Junho de 2008 e começaram por se referir a doentes que estavam sob tratamento biológico. Posteriormente, todos os doentes com doenças reumáticas, independentemente da medicação em curso, puderam ser introduzidos na base. Em 2012 a base passou a estar online, com acesso não só para Portugal, mas também para outros países da Europa e Brasil. Hoje temos 76 centros participantes, mais de 13 700 doentes incluídos no Reuma.pt, com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistémico e diversas outras doenças reumáticas (Santos et al, 2016). A base permite a identificação, o registo demográfico do doente, dados profissionais, doenças associadas, classificação da doença, registo de vacinas e rastreio de tuberculose, exame físico geral e reumatológico, resultados laboratoriais, terapêuticas em curso e passadas. Permite também o registo da atividade da doença e aplicação de múltiplos questionários específicos de cada doença, mas também mais gerais (ex. *Health Assessment Questionnaire*, *SF36*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)-Fatigue scale*, *EQ5D*, entre outros), com cálculo automático do resultado o que facilita muito a avaliação do doente. O próprio doente pode aceder à sua zona específica da base e preencher os questionários de PROMs antes de cada visita médica. Qualquer evento adverso pode ser reportado na base, havendo posteriormente ligação com o Infarmed e registo da ocorrência. Além da informação que pode ser retirada destes registos, eles constituem uma importante ferramenta de trabalho. Permitem um seguimento regular dos doentes, com medição de atividade de doença, estado funcional, dor, qualidade de vida, avaliação clínica, radiológica, podendo ajustar o tratamento do doente (Ibfelt et al., 2016)

Este registo, tal como outros semelhantes, permite guardar informação de uma forma sistematizada, sendo assim um sistema de informação em saúde. Esta informação serve depois como indicador de qualidade, pois pode ser utilizada para avaliação da atividade dos serviços. O facto de ser um registo que envolve múltiplos centros permite ter um número de doentes muito maior, podendo realizar-se estudos de grande valor e mais representativos da população, bem como comparar resultados entre diferentes serviços.

Apesar de o Reuma.pt incluir vários PROMs, não há nenhum que avalie a satisfação dos doentes. Sendo este um aspeto essencial na avaliação dos serviços, surge assim a necessidade de se avaliar a satisfação dos utentes do serviço de Reumatologia, seja em

termos de seguimento em consulta externa, seja em termos de avaliação da satisfação com internamento. A forma mais usada de o fazer é através de um questionário, embora também se possa fazer uma entrevista presencial ou à distância.

Procurámos um questionário que avaliasse os resultados mas também as experiências sentidas pelos doentes, considerando também critérios de rigor e qualidade. Estes englobam o processo de desenvolvimento, a escala utilizada, as qualidades psicométricas, a tradução e adaptação cultural e se o questionário responde aos objetivos propostos (McKenna, 2011).

Segundo McKenna, há quatro passos essenciais a seguir quando se desenvolve um questionário: identificação do modelo de medida; criação do conteúdo do questionário; aperfeiçoamento e redução dos itens; dimensão e avaliação psicométrica (McKenna, 2011). Os itens a utilizar devem ser propostos por especialistas na área após entrevistarem doentes relevantes para o assunto em causa, sendo que 30 a 35 entrevistas serão suficientes para levantar os problemas mais importantes para estes doentes (McKenna, 2011).

Nesse sentido, o “Outcomes and Experiences Questionnaire” (OEQ), desenvolvido por Elizabeth Gibbons (Gibbons et al, 2015) pareceu-nos uma excelente ferramenta para dar resposta às nossas necessidades. Este questionário foi desenvolvido por um grupo de trabalho, a partir de revisão da literatura e de discussão e aplicação prática em doentes. A ideia era desenvolver um questionário pequeno (consiste em 11 questões), fácil de aplicar e que avaliasse não só os resultados obtidos pelos doentes num determinado procedimento, mas também a forma como esses doentes experimentaram todo o procedimento.

Os autores procederam depois a dois estudos de validação: o 1.º com 490 doentes, submetidos a cirurgia ortopédica de substituição da anca e joelho e cirurgia de varizes. O 2.º com 586 doentes de 3 hospitais distintos do *National Health Service* (NHS) de Inglaterra. Estes dois estudos permitiram concluir que o OEQ tem capacidade de avaliar diferentes aspetos dos resultados e experiências vividos pelos doentes (Gibbons et al, 2015).

Ao traduzir e adaptar um questionário para outra língua, há regras e procedimentos que devem ser respeitados, senão corremos o risco de não conseguir manter o constructo do questionário original e nem a intenção dos itens incluídos. O primeiro passo a tomar é pedir autorização aos autores do questionário original para a tradução. Não há, contudo, interesse em fazer simplesmente uma tradução linguística, mas sim uma versão

adaptada à língua final, com expressões e frases que façam sentido para a população local (McKenna, 2019 ).

Assim, o objetivo principal deste estudo foi proceder à tradução e validação do OEQ para a língua Portuguesa, determinando as suas características psicométricas. Além disso, pretendemos determinar a perceção dos utentes acerca dos seus cuidados recebidos em Reumatologia.



## 2. METODOLOGIA

Quando se pretende fazer a tradução e adaptação cultural de um instrumento de medição, temos de garantir que haja equivalência entre o instrumento original e a tradução. É assim necessário que haja critérios bem definidos e padronizados para certificar a qualidade do instrumento final. Uma tradução literal do texto original não é por si suficiente, pois muitas vezes são necessários ajustes linguísticos e adaptações culturais para se poder transmitir a mesma ideia ou conceito numa língua diferente.

Existem diferentes procedimentos para o processo de tradução e adaptação cultural. Um dos métodos mais utilizados para a tradução e retradução do questionário é a metodologia sequencial (Acquadro, Conway, Hareendran, & Aaronson, 2008; Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). Este processo consiste em quatro passos: definição de conceitos ou preparação; tradução e retradução; revisão e pré-teste; e a revisão linguística final.

No sentido de padronizar este processo, a *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) (Wild et al., 2005), criou um grupo de trabalho para fazer uma revisão sistemática da literatura sobre as diferentes orientações existentes para adaptação cultural e linguística. De entre os vários processos que avaliaram, chegaram a um consenso sobre a metodologia a seguir para tradução e adaptação cultural, seguindo 10 passos sequencialmente. É muito importante a uniformização da metodologia nestes processos, pois assim podemos garantir a comparação entre diferentes traduções em línguas diferentes, bem como garantir a qualidade da tradução.

Seguimos estas recomendações na orientação do nosso trabalho.

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico de validação/adaptação do questionário *Outcomes and Experiences Questionnaire*, que inclui a aplicação transversal a uma amostra de utentes, com aplicação de estatística descritivo-correlacional. Foi pedida autorização à comissão de ética do CHUC-HUC para este estudo e obtido um parecer favorável.

## 2.2. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para o recrutamento dos utentes da consulta externa de Reumatologia dos CHUC/HUC estabeleceram-se como critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos e capacidade para falar e entender a língua portuguesa. Foram incluídos os utentes que consecutivamente acederam à consulta de Reumatologia e aceitaram participar no estudo (cumprindo os critérios). O questionário era entregue no final da consulta e preenchido antes do utente abandonar o hospital.

Quanto aos doentes internados no serviço de Reumatologia/Ortopedia Oncológica, usaram-se os mesmos critérios, acrescidos do facto inerente de estarem internados há mais de 24 horas. O questionário foi entregue no momento da alta.

## 2.3. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS

O questionário utilizado foi desenvolvido por Elizabeth Gibbons (Gibbons et al, 2015) (Anexo I). Contém um total de 11 perguntas, que permitem de uma forma rápida avaliar retrospectivamente as experiências e resultados dos utentes após uma consulta/episódio ou um período de tratamento. Estas perguntas traduzem uma versão curta e representativa de outros questionários reconhecidos na avaliação de PROs (Gibbons et al, 2015). Cinco das perguntas avaliam *outcomes* (Perguntas 1, 2, 3, 4, e 11). A resposta para cada pergunta tem um valor numérico e a soma dos scores de cada pergunta pode variar entre 0 e 20, sendo que um score maior indica um melhor resultado (*outcome*). As restantes seis perguntas avaliam as experiências (Perguntas 5 a 10). A soma dos scores individuais varia entre 0 e 18, sendo que scores mais altos indicam uma experiência melhor.

## 2.4. PROCESSO DE TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO

A versão inglesa do questionário OEQ *Outcomes and Experiences Questionnaire* foi usada para a tradução para português. A tradução do questionário teve em conta a

metodologia sequencial definida pelo consenso da ISPOR (Wild et al 2005), de acordo com as seguintes fases:

- i. Preparação: Foi pedida autorização ao autor original do *Outcomes and Experiences Questionnaire*, Elizabeth Gibbons (PT, PhD), e esta foi concedida;
- ii. Tradução: O questionário foi então traduzido para português por dois tradutores independentes, com experiência e conhecimento nesta área. Foi-lhes explicado o conceito e objetivos do questionário. As duas traduções foram comparadas a fim de se verificarem incoerências, erros ou diferenças de relevo;
- iii. Reconciliação: No final da comparação das duas traduções obteve-se uma versão reconciliada em português. A análise e comparação entre as várias versões obtidas, foi efetuada pela autora deste trabalho e seu orientador, tendo em conta a clareza da linguagem, a equivalência de significados, adaptação da tradução literal e adequação dos termos técnicos;
- iv. Retroversão: Procedeu-se depois à retroversão do questionário para a língua inglesa, feita por dois tradutores fluentes nas duas línguas;
- v. Revisão da retroversão: Comparou-se a versão obtida com a original, por forma de avaliar a equivalência conceptual das duas versões. Esta retroversão foi apresentada ao autor da escala (Elizabeth Gibbons) que a considerou equivalente ao original;
- vi. Harmonização: Neste passo pretende-se avaliar as traduções feitas em diferentes línguas e compará-las com a versão original. Devem ser envolvidos tradutores, peritos na área e outros profissionais. Esta fase não foi efetuada pelos autores, por dificuldades técnicas;
- vii. Teste de Compreensão: Esta versão foi submetida a um pré-teste com dez doentes do serviço de reumatologia (cinco da consulta externa e cinco do internamento) para apreciar se compreendiam as perguntas, verificar e registar as dificuldades e sugestões;
- viii. Revisão dos Resultados do Teste de Compreensibilidade e Finalização: Os autores deste trabalho analisaram os comentários e sugestões e chegaram a uma nova versão final do questionário;
- ix. Revisão: A versão modificada do OEQ foi revista por dois médicos do serviço de reumatologia com mais de 10 anos de experiência clínica. Estes avaliaram o conteúdo semântico, procuraram erros de escrita ou gramaticais, entre outras falhas. As sugestões apontadas por ambos foram tidas em conta no questionário final;

- x. Relatório final: Foi efetuado um relatório final sobre os vários passos efetuados. Chegou-se assim à versão final do OEQ em Português para a consulta externa (Anexo II) e para o internamento (Anexo III).

## 2.5. VALIDAÇÃO FACIAL E DE CONTEÚDO

A validade de conteúdo avalia o grau segundo o qual um instrumento de medição inclui os aspetos mais relevantes a serem medidos. A validade facial avalia a adequação do instrumento ao propósito específico (Ferreira & Marques, 1998). Neste sentido, foi formulada a hipótese:

**H1- “O questionário OEQ-versão Portuguesa não apresenta dificuldades de compreensão por parte dos doentes”.**

Neste processo é fundamental a participação dos doentes, pois só eles podem salientar o que é realmente mais relevante neste tipo de medição. O questionário foi aplicado a dois grupos de cinco utentes (um grupo de utentes da consulta externa e outro do internamento) por um Reumatologista e um avaliador externo. Foram avaliadas a compreensibilidade e as dificuldades encontradas no preenchimento do questionário, o tempo de preenchimento, a relevância e aplicabilidade do questionário e se abordava todos os aspetos importantes sentidos pelos utentes.

## 2.6. VALIDADE DE CONSTRUCTO

Pretende-se aqui testar a estrutura do OEQ versão portuguesa, tendo-se formulado a hipótese:

**H2- “A estrutura factorial da versão Portuguesa do OEQ é semelhante à da versão original”**

Pretende-se depois avaliar se os itens propostos para o nosso instrumento de medição em teoria, correspondem de facto ao que se pretende avaliar conceptualmente. É

efetuada uma análise fatorial que avalia relações lógicas que devem existir entre o nosso instrumento e outras medidas ou padrões de valores (Ferreira & Marques, 1998).

Neste sentido, os utentes preencheram no final da consulta ou no momento da alta hospitalar, o questionário OEQ (versão traduzida em Português) (11 perguntas), um questionário de avaliação dos serviços prestados (7 perguntas), e dados demográficos (género, idade, estado civil, situação profissional, grau de ensino) (Anexos II e III).

Formulou-se então a nossa hipótese:

### **H3- “A versão portuguesa do OEQ não é sensível a variáveis sociodemográficas.”**

Para testar a validade de constructo do OEQ, comparámos os scores obtidos consoante as variáveis “género”, “idade”, “estado civil” e “situação profissional”, usando o teste T de *Student* para compara dois grupos e a ANOVA quando na presença de três ou mais grupos.

## 2.7- VALIDADE DE CRITÉRIO

A validade de critério pretende mostrar se os valores obtidos no instrumento de medição estão relacionados com uma medida de critério conhecida. Estabelece-se depois uma correspondência entre as duas escalas através do coeficiente de correlação (Ferreira & Marques, 1998).

Como, neste caso em particular, não temos uma medida única de critério estabelecida, fomos avaliar se havia uma relação coerente com outras medidas de instrumentos semelhantes que avaliem os mesmos conceitos. Assim fizemos questões sobre se já tinha sido tratado neste hospital e a qualidade do mesmo, se voltaria e recomendaria este hospital e aplicámos um questionário de avaliação do estado de saúde (EQ-5D).

O EQ-5D 5L é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo (Ferreira et al., 2019). Este questionário avalia o estado de saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem cinco níveis de gravidade: sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2), problemas moderados (nível 3), problemas graves (nível 4) e problemas extremos (nível 5). Assim sendo, este sistema permite descrever um total de  $5^5 = 3125$  estados de saúde distintos.

Colocámos então a seguinte hipótese:

**H4- “A versão portuguesa do OEQ é sensível a variações da qualidade de vida dos doentes”**

## 2.8. FIABILIDADE

A fiabilidade avalia até que ponto um instrumento de medição dá sempre a mesma resposta, independentemente da forma e da altura em que é aplicado (Ferreira & Marques, 1998). O grau de fiabilidade de um instrumento está inversamente correlacionado com a quantidade de erro aleatório na medição. Isto pressupõe homogeneidade de conteúdo e coerência interna, que é avaliada utilizando o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. Um valor  $<0.7$  é mau (significa que os valores não estão correlacionados), de  $0.7$  a  $0.8$  é satisfatório, de  $0.8$  a  $0.9$  é bom e  $>0.9$  é excelente.

Foi colocada então a hipótese:

**H5- “A versão Portuguesa do OEQ apresenta uma boa consistência interna”.**

A reprodutibilidade, ou seja, a estabilidade do instrumento em diferentes tempos de avaliação, foi avaliada através do método de teste-reteste. Em 50 doentes que preencheram os questionários foi pedido que voltassem a preencher os mesmos uma semana depois e devolvessem os questionários por correio. Foi depois feita uma estimativa pela correlação entre os dois resultados obtidos em tempos diferentes (coeficiente de correlação  $r$  de Pearson) e com o coeficiente de correlação intraclass (intra-class correlation coefficient, ICC).

Colocou-se a hipótese

**H6- “A versão Portuguesa do OEQ apresenta boa reprodutibilidade num teste-reteste”.**

### **3. RESULTADOS**

Apresentam-se de seguida os resultados de acordo com os quatro objetivos estabelecidos, iniciando-se pela apresentação das características da amostra.

#### **Objetivo 1. Traduzir e adaptar o “Outcomes and Experiences Questionnaire” (OEQ) para a cultura portuguesa**

Não houve dificuldades na tradução do OEQ versão Inglesa para português, nem na retroversão para inglês. As duas versões obtidas não sofreram grandes alterações.

A versão obtida do OEQ em Português e avaliada pelos 10 utentes da consulta e internamento, demorou entre 5 a 10 minutos a ser preenchida. Todos os utentes perceberam bem as instruções do questionário e as respetivas perguntas, não havendo nenhuma dúvida em particular, nem nenhum aspeto considerado desadequado.

Da revisão depois efetuada por dois Reumatologistas com experiência na área, não houve também sugestão de alterações significativas ou dificuldades na compreensão das perguntas.

Não se rejeita, então, a hipótese H1- “O questionário OEQ-versão Portuguesa não apresenta dificuldades de compreensão por parte dos doentes”.

#### **Características da amostra**

Foi possível recolher um total de 206 questionários preenchidos na consulta externa foram e 75 no internamento, para proceder à avaliação das propriedades psicométricas da escala e para avaliar a sua satisfação. As características sociodemográficas dos utentes são apresentadas na Tabela 1. A diferença na média de idades entre os doentes da consulta e do internamento não foi considerável.

Na consulta houve um predomínio do género feminino enquanto que no internamento a proporção de mulheres foi pouco mais de metade.

Cerca de metade dos nossos doentes não se encontram a trabalhar, sendo que a maior parte destes estão reformados.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos utentes

		<b>CONSULTA EXTERNA N= 206</b>	<b>INTERNAMENTO N= 75</b>
<b>Idade (anos)</b>	Média (desvio-padrão)	53,6 (14,3)	49,6 (16,7)
	Min- Máx	18- 87	18- 75
	< 50	78 (37,9%)	27(36,0%)
	50-65	77 (37,4%)	35 (46,7%)
	>= 65	51 (24,8%)	13 (17,3%)
<b>Género</b>	Masculino	68 (33%)	35 (46,7%)
	Feminino	138 (67%)	40 (53,3%)
<b>Situação Familiar</b>	Solteiro	35 (17,0%)	20 (26,7%)
	Casado/a ou união facto	145 (70,4%)	46 (61,3%)
	Viúvo/a	7 (3,4%)	4 (5,3%)
	Separado/a ou divorciado/a	19 (9,2%)	5 (6,7%)
<b>Situação Profissional</b>	Emprego/trabalho	104 (50,5%)	30 (40,0%)
	Desempregado	18 (8,7%)	6 (8,0%)
	Estudante	5 (2,4%)	4 (5,3%)
	Reformado	51 (24,8%)	20 (26,7%)
	Incapacitado	9 (4,4%)	5 (6,7%)
	Tarefas domésticas	17 (8,3%)	4 (5,3%)
	Outras inatividades	2 (1,0%)	6 (8,0%)
<b>Grau de ensino</b>	Nenhum	1 (0,5%)	0
	1º CEB	56 (27,2%)	12 (16,0%)
	2º CEB	28 (13,6%)	8 (10,7%)
	3º CEB	37 (18,0%)	19 (25,3%)
	Secundário	45 (21,8%)	22 (29,3%)
	Superior	38 (18,4%)	14 (18,7%)

## **Objetivo 2. Determinar as características psicométricas da versão portuguesa deste questionário**

Començamos por apresentar os resultados da análise fatorial. Foram verificados os valores do teste de esfericidade de Bartlett e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar a adequabilidade da amostra, sendo que o primeiro deve ser significativo ( $p < 0,05$ ) e o segundo deve estar acima de 0,6 para nos permitir ter liberdade para realizar uma análise fatorial. Os resultados na consulta externa para o KMO foi de 0,864 e para o Bartlett de 1010,459, para o internamento foram respetivamente de 0,754 e 315,547, com significância  $< 0,001$ .

Na análise factorial dos vários componentes do OEQ, segundo os *outcomes* e *experiences* indicados pelos autores, obteve-se uma percentagem de variância

explicável, respectivamente, de 58,7% na consulta externa (Tabela 2) e de 55,5% no internamento (Tabela 3).

**Tabela 2.** Análise multifatorial por componentes principais (Consulta Externa)

Com- ponent	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Total	% of Variance	Cumula- tive %	Loadings		Cumulati ve %	Loadings		Cumula- tive %
				Total	Variance		Total	Variance	
1	5,127	46,612	46,612	5,127	46,612	46,612	3,733	33,935	33,935
2	1,332	12,110	<b>58,722</b>	1,332	12,110	58,722	2,727	24,787	58,722
3	,901	8,195	66,917						
4	,790	7,182	74,099						
5	,613	5,571	79,671						
6	,543	4,939	84,610						
7	,444	4,040	88,650						
8	,400	3,635	92,285						
9	,333	3,024	95,309						
10	,283	2,572	97,880						
11	,233	2,120	100,000						

**Tabela 3.** Análise multifatorial por componentes principais (Internamento)

Com- ponent	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Total	% of Variance	Cumula- tive %	Loadings		Cumulat ive %	Loadings		Cumula- tive %
				Total	Variance		Total	Variance	
1	4,243	38,570	38,570	4,243	38,570	38,570	3,661	33,281	33,281
2	1,866	16,965	<b>55,535</b>	1,866	16,965	55,535	2,448	22,254	55,535
3	1,047	9,518	65,053						
4	,841	7,648	72,701						
5	,740	6,732	79,433						
6	,599	5,448	84,880						
7	,497	4,515	89,395						
8	,398	3,620	93,015						
9	,329	2,990	96,005						
10	,264	2,397	98,402						
11	,176	1,598	100,000						

Em termos de validade de construto, não se verificaram diferenças significativas nos doentes da consulta externa nem no internamento, consoante a idade a situação familiar, a situação profissional ou o nível de escolaridade, quer na componente do OEQ dos *outcomes* quer no das experiências (Tabela 4). A exceção foi a variável “género” que nos doentes internados revelou significância estatística ( $P=0,022$ ) com a OEQ-E, sendo que o género masculino apresentou maior nível de satisfação neste âmbito (média = $15,5\pm 2,6$  versus  $14,0\pm 3,3$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Associação estatística entre as variáveis sociodemográficas e a OEQ

Variáveis	subgrupo (n Cons. Ext./n Internamento)	CONSULTA EXTERNA N= 206		INTERNAMENTO N= 75	
		OEQ-O	OEQ-E	OEQ-O	OEQ-E
Género <sup>a</sup>	Masculino (n=68/35)	0,333	0,613	0,096	<b>0,022</b>
	Feminino (n=138/40)				
Idade <sup>b</sup>	<50 anos (n=78/27)	0,068	0,530	0,187	0,565
	[50-65[ anos (n=77/35)				
	≥65 anos (n=51/13)				
Situação familiar <sup>a</sup>	Solteiro/a (n=35/20)	0,223	0,429	0,805	0,756
	Casado/a (n=145/46)				
Situação profissional <sup>b</sup>	Empregado/a (n=104/30)	0,874	0,751	0,966	0,494
	Reformado/a (n=51/20)				
	Outra (n=51/25)				
Escolaridade <sup>b</sup>	≤1.º ciclo (n=57/12)	0,192	0,969	0,332	0,185
	2.º/3.º ciclo (n=65/27)				
	≥ Ens. Secund. (n=83/36)				

a. Teste T de Student para amostras independentes

b. ANOVA one way

Confirmámos assim a H2- “A estrutura factorial da versão Portuguesa do OEQ é semelhante à da versão original” e H3- “A versão portuguesa do OEQ não é sensível a variáveis sociodemográficas, pois não tivemos diferenças significativas nas variáveis estudadas (com exceção do género, ainda que parcialmente).

Para testar a validade de critério, avaliámos a satisfação global dos utentes com o hospital, se voltariam e se o recomendariam. A opinião geral do hospital foi muito boa e todos os utentes recomendam o hospital e referiram que voltariam a ele em caso de necessidade, pelo que se foi avaliar se havia diferenças entre as respostas positivas (“Claro que sim” e “provavelmente sim”) e não foram encontradas diferenças. Os utentes mais satisfeitos são os que recomendam mais o hospital. Houve uma diferença na

questão “voltaria a este hospital” entre os “sins” no internamento, mas sem significado estatístico (dados não apresentados).

Testámos também a associação entre a OEQ e estado de saúde (EQ-5D), tendo-se verificado que a correlação apesar de estatisticamente significativa é fraca (Tabela 5), pelo que não se rejeitam a hipótese H4 - “A versão portuguesa do OEQ é sensível a variações da qualidade de vida dos doentes”.

**Tabela 5.** Coeficiente de correlação OEQ- EQ5D

<b>EQ5D</b>	<b>OEQ-O</b>	<b>OEQ-E</b>
<b>Correlação de Pearson</b>	0,281	0,240
<b>P-value</b>	<0,001	<0,001

A fiabilidade do OEQ foi avaliada pela consistência interna, com o alfa de Cronbach e os valores encontrados mostraram uma boa consistência interna, como apresentado na Tabela 7, confirmando-se assim a hipótese 5.

**Tabela 6.** Consistência interna da OEQ

<b>Alpha Cronbach</b>	<b>OEQ-O</b>	<b>OEQ-E</b>
<b>Consulta Externa</b>	0,808	0,817
<b>Internamento</b>	0,737	0,816

Relativamente à hipótese H6, a versão Portuguesa do OEQ apresentou bons resultados de reprodutibilidade, conforme apresentado na tabela 7.

**Tabela 7.** Reprodutibilidade da OEQ.

<b>ICC</b>	<b>OEQ-O</b>	<b>OEQ-E</b>
<b>Consulta Externa</b>	0,949	0,880
<b>Internamento</b>	0,824	0,898

**Objetivo 3. Determinar a percepção dos utentes acerca dos seus cuidados recebidos num serviço de Consulta Externa e num Serviço de Internamento de Reumatologia**

Nas Tabelas 8 e 9 apresentamos os resultados da avaliação feita pelos utentes, em relação aos cuidados prestados na consulta externa e no internamento, sendo atribuída uma pontuação de 1 (mau) a 5 (excelente).

**Tabela 8.** Satisfação com os cuidados recebidos

		<b>CONSULTA EXTERNA N= 206</b>	<b>INTERNAMENTO N= 75</b>
<b>Médicos</b>	Mau	1 (0,5%)	3 (4,9%)
	Razoável	3 (1,5%)	2 (2,7%)
	Bom	19 (9,2%)	16 (21,3%)
	Muito bom	53 (25,7%)	27 (36%)
	Excelente	130 (64,1%)	27 (36%)
<b>Enfermeiros</b>	Mau	0	2 (2,7%)
	Razoável	2 (1%)	0
	Bom	16 (7,8%)	7 (9,3%)
	Muito bom	52 (25,2%)	23 (30,7%)
	Excelente	93 (45,1%)	43 (57,3%)
<b>Secretariado</b>	Mau	2 (1,0%)	2 (2,7%)
	Razoável	3 (1,5%)	2 (2,7%)
	Bom	34 (16,5%)	12 (16%)
	Muito bom	77 (37,4%)	24 (32,9%)
	Excelente	90 (43,7%)	28 (37,3%)
<b>Acessibilidade</b>	Mau	8 (3,9%)	8 (10,7%)
	Razoável	16 (7,8%)	5 (6,7%)
	Bom	56 (27,2%)	15 (20,0%)
	Muito bom	71 (34,5%)	28 (37,3%)
	Excelente	55 (26,7%)	19 (25,3%)
<b>Serviços prestados</b>	Mau	4 (1,9%)	0
	Razoável	13 (6,3%)	2 (2,7%)
	Bom	35 (17,0%)	16 (21,3%)
	Muito bom	85 (41,3%)	27 (36,0%)
	Excelente	69 (33,5%)	30 (40,0%)
<b>Qualidade das instalações</b>	Mau	1 (0,5%)	0
	Razoável	19 (9,2%)	4 (5,3%)
	Bom	38 (18,4%)	17 (22,7%)
	Muito bom	82 (39,8%)	39 (52,0%)
	Excelente	66 (32,0%)	15 (20,0%)
<b>Qualidade das consultas</b>	Mau	4 (1,9%)	0
	Razoável	4 (1,9%)	2 (2,7%)
	Bom	14 (6,8%)	12 (16,0%)
	Muito bom	74 (35,9%)	36 (48,0%)
	Excelente	110 (53,4%)	25 (33,3%)

**Tabela 9.** Avaliação geral dos serviços

		<b>CONSULTA EXTERNA N= 206</b>	<b>INTERNAMENTO N= 75</b>
<b>Experiência com os serviços</b>	Sim	141 (68,4%)	59 (78,7%)
	Não	65 (31,6%)	16 (21,3%)
<b>Estado de Saúde</b>	Muito bom	17 (8,3%)	8 (10,7%)
	Bom	58 (28,2%)	31 (41,3%)
	Razoável	120 (58,3%)	32 (42,7%)
	Mau	10 (4,9%)	3 (4,0%)
	Muito mau	1 (0,5%)	1 (1,3%)
<b>Qualidade do hospital</b>	Excelente	10 (4,9%)	4 (5,3%)
	Muito bom	25 (12,1%)	8 (10,7%)
	Bom	68 (33,0%)	18 (34,0%)
	Regular	58 (28,2%)	28 (37,3%)
	Mau	34 (16,5%)	14 (18,7%)
	Não se aplica	11 (5,3%)	3 (4,0%)
<b>Recomenda o serviço</b>	Concordo muito	170 (82,5%)	62 (82,7%)
	Concordo	29 (14,1%)	13 (17,3%)
	Discordo	2 (1,0%)	0
	Discordo muito	0	0
	Não sei	5 (2,4%)	0
<b>Voltaria ao serviço</b>	Concordo muito	193 (93,7%)	69 (92,0%)
	Concordo	9 (4,4%)	6 (8%)
	Discordo	1 (0,5%)	0
	Discordo muito	0	0
	Não sei	3 (1,5%)	0

Através dos valores apresentados pode-se constatar que a opinião geral do serviço e do hospital é muito boa, independentemente do estado de saúde dos utentes, quase todos voltariam a usar estes serviços.



#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O doente tem cada vez mais um papel muito importante e ativo na prestação de cuidados de saúde. Além de ser o centro destes cuidados, a sua opinião ajuda a avaliar e melhorar os serviços prestados. A recolha da opinião dos doentes é geralmente feita através de questionários: os PROMs e PREMs. Os PROMs dão uma ideia do impacto de uma intervenção ou tratamento no doente e os PREMs permitem avaliar a qualidade dos serviços prestados. As duas avaliações são importantes e complementam-se entre si. Ao melhorar os resultados podemos melhorar as experiências em 10% e, ao melhorar as experiências podemos ter 3% de melhoria nos resultados (Kingsley & Patel, 2017). Por outro lado, a avaliação das experiências sentidas pelos doentes não deve ser feita de forma independente, pois pode haver discrepâncias entre elas e a efetividade ou segurança dos procedimentos. As experiências avaliadas são apenas um indicador de qualidade (Kingsley & Patel, 2017).

Ao seguir a estratégia de colocar o doente no centro dos cuidados de saúde, com seguimento por equipas multidisciplinares e decisão partilhada com o mesmo, a utilização de PROMs torna-se cada vez mais necessária e cada vez mais recomendada (Fautrel, 2018).

Cada vez mais as diferentes especialidades médicas usam estes questionários, embora nem sempre seja fácil escolher o questionário adequado (Kingsley & Patel, 2017). O momento de entrega do questionário ao doente varia consoante o evento ou procedimento a avaliar, sendo que em procedimentos cirúrgicos estes são geralmente entregues antes do procedimento e depois do mesmo (Kingsley & Patel, 2017). Os questionários devem ser anónimos e independentes, pelo que não devem ser preenchidos junto dos profissionais de saúde e, se necessário ajuda no preenchimento, esta deve ser dada por um familiar ou amigo (Kingsley & Patel, 2017). Assim, os PROMs e PREMs podem ser preenchidos à distância, online ou por email, por telefone ou sms, dando-nos a perceção do doente do procedimento efetuado (Kingsley & Patel, 2017).

No nosso trabalho, os questionários foram entregues em papel ao doente, no final da consulta ou no último dia do internamento, após a alta médica, para serem preenchidos nesse momento e devolvidos ao secretariado. Esta forma de recolha trouxe algumas limitações, pois muitas vezes os doentes recusaram-se a preencher os questionários alegando falta de tempo por já terem outros compromissos. Muitas vezes também, os

questionários foram entregues incompletos ou não foram sequer devolvidos ao secretariado, o que tornou a recolha lenta e morosa. Muitos dos doentes referiram que se pudessem levar o questionário para casa e devolver depois, seria o ideal. Assim, a forma como o questionário é administrado é muito importante e pode ser um fator condicionante dos resultados (Kingsley & Patel, 2017).

Ao escolher o questionário é muito relevante que este seja adequado aos nossos objetivos e que esteja validado (Kingsley & Patel, 2017). O OEQ demonstrou ser indicado para avaliar os resultados e experiências dos doentes, sendo de fácil compreensão e de rápido preenchimento. Segundo os resultados obtidos na consulta externa e no internamento, demonstrou também ter validade facial, pois nas entrevistas efetuadas, os intervenientes conseguiram perceber os itens do questionário e consideraram-nos relevantes, não havendo sugestões para grandes alterações ao texto inicial.

A validade de constructo foi também demonstrada através do teste-reteste efetuado. Idealmente deveríamos ter uma amostra de 100 questionários (para determinar a dimensionalidade da escala) mas 50 são suficientes para se provar a reprodutibilidade do questionário (McKenna, 2011), que foi aproximadamente o número obtido no nosso trabalho.

Na consulta houve um predomínio do género feminino, o que está de acordo com a prevalência das doenças reumáticas que seguimos em consulta, que é superior neste género (Artrite Reumatóide, Lupus eritematoso sistémico, entre outras). No internamento esta diferença não existiu, mas também tivemos aqui alguns doentes com patologia ortopédica, o que pode justificar estes resultados

Em vários estudos efetuados em doentes com doenças reumáticas, a maior satisfação dos doentes estava relacionada com o sexo feminino e idade mais avançada e inversamente relacionada com o diagnóstico de Fibromialgia e presença de dor (Ku et al., 2015). Também o tempo passado na sala de espera (correlação negativa) e o seguimento regular em consulta influencia a satisfação destes doentes, o que talvez se possa explicar por serem doenças crónicas, com necessidade de apoio o que os leva a estabelecer uma relação de maior confiança e dependência do seu médico ou de outros profissionais de saúde (KU et al., 2015). No nosso trabalho pudemos observar níveis elevados de satisfação global, com a consulta externa e o internamento, sendo que neste último houve uma discreta diferença no sexo masculino (maior nível de satisfação), ao contrário do referido nos estudos anteriores. Os níveis menores de satisfação prenderam-se com a acessibilidade (estacionamento, elevadores, telefone) e Serviços (tempo de espera (consulta externa)), o que está de acordo com os estudos referidos.

Por aqui podemos constatar que o grau de satisfação global com os serviços prestados, quer na consulta externa, quer no internamento, é muito elevado, pelo que temos resultados muito bons. Algumas respostas em branco (avaliação de enfermeiros na consulta externa e de secretariado no internamento) devem-se ao facto de os utentes não terem tido contacto com estes prestadores durante o evento. No caso dos enfermeiros da consulta externa, nem todos os utentes têm necessidade de avaliação ou contacto com estes profissionais, no caso do secretariado do internamento, por indisponibilidade temporária da secretária clínica.

É importante ter em conta que há muitos fatores que influenciam a satisfação dos utentes e se usarmos um método de avaliação baseado num só aspeto podemos estar a falsear os resultados ou a obter informações erradas. Fatores como a cortesia do médico, competência, capacidade de comunicação, empenhamento, tempo de espera, acessibilidade, influenciam a perceção do doente (Clark, Lavielle, & Duarte, 2004). A forma como fazemos a pergunta e a sua conceção também é extremamente importante, sendo que os doentes tendem a ser mais discriminativos em perguntas mais específicas do que nas generalistas (Clark, Lavielle, & Duarte, 2004). Na escala utilizada no nosso trabalho para avaliação de satisfação dos cuidados prestados (Anexo III), as perguntas englobavam estes aspetos numa só categoria profissional (ex. médicos, enfermeiros, secretariado, etc), pelo que não nos é possível discriminar se algum aspeto em particular seria mais relevante na satisfação dos utentes.

O nosso trabalho teve outras limitações. O facto de ter sido efetuado só num hospital e só num serviço de Reumatologia é uma delas. Muitos doentes não têm possibilidade de acesso a outros hospitais, o que pode condicionar as suas respostas pois não há termo de comparação, o que pode induzir a achar que este hospital é o melhor.



## 5. CONCLUSÃO

Nos serviços de saúde de hoje torna-se imprescindível avaliar a opinião do doente de forma a poder garantir a qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a utilização de PROMs torna-se uma necessidade. Estes questionários são cada vez mais empregues nos serviços médicos, mas há ainda muito a melhorar na sua divulgação. Eles devem fazer parte da avaliação clínica do doente e ter em conta não só os resultados obtidos mas também as experiências vividas pelo mesmo, pois estes dois aspetos complementam-se e dão-nos uma visão mais global das expectativas do doente. Para além de poderem ajudar no diagnóstico, podem avaliar a atividade de doença, comorbilidades, adesão à terapêutica, etc.

Os PROMs devem ser usados regularmente, de forma a permitir a correção dos aspetos negativos e depois fazer uma reavaliação para confirmar se houve ou não melhoria dos cuidados prestados, tudo isto num ciclo contínuo de medição de qualidade.

É muito importante, porém, utilizar PROMs que respondam aos objetivos definidos, que sejam fáceis de ser utilizadas pelos utentes e que tenham sido validadas, caso contrário estaremos a recolher informação inútil e que nos pode até induzir em erro.

Perante os resultados obtidos com este estudo, podemos concluir que o OEQ tem equivalência semântica e cultural à sua versão original em Inglês e apresenta bons níveis de validade e fiabilidade. Pode ser assim uma boa ferramenta para avaliar os resultados e experiências dos utentes na consulta e no internamento de Reumatologia, devendo proceder-se a outros estudos para a sua utilização mais alargada noutras especialidades médicas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N. & European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group (2008). *Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials*. Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 11(3):509–521. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>
- Agrawal, H., Cameron Hay, M., Volkmann, E., Maranian, P., Khanna, D. & Furst, D. (2012). *Satisfaction and Access to Clinical Care in a Rheumatology Clinic at a Large Urban Medical Center*. JCR: Journal of Clinical Rheumatology 18(4):209-11. doi: 10.1097/RHU.0b013e318259aa1b.
- Barbosa, L., Ramiro, S., Roque, R., Gonçalves, P., Canas da Silva, J. & Santos, M.J. (2011). *Patients Satisfaction with the Rheumatology day care Unit*. Acta reumatol port., 36:377-384.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine, 25(24): 3186-91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
- Bech, B., Primdahl, J., van Tubergen, A., Voshaar, M., Zangi, HA., Barbosa, L....van Eijk-Hustings, Y. (2019). *2018 Update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis*. Ann Rheum Dis. Online first 2019 Jul 12;. doi: [10.1136/annrheumdis-2019-215458](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458).
- Bergner, M., Bobbit, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S. & Morris, J.R. (1976). *The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure*. Int J Health Serv, 6:393-415
- Campos, L., Saturni, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, A qualidade dos cuidados e dos serviços*. PNS 2011-2016
- Clark, P., Lavielle, P. & Duarte, C. (2004). *Patient ratings of care at a rheumatology out-patient unit*. Archives of Medical Research, 35(1):82-86 <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2003.07.006>
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study.

- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly. 44(3):166-206.
- Donabedian, A. (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. QRB Quality Review Bulletin. 18(11):356-360.
- Doward, L. & McKenna, S. (2004). *Defining Patient-Reported Outcomes*. Value in Health, 7(1):S4-8.
- Erikson, P.; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (2005). *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Value Heal, 8(2):94-104. [doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054](https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054)
- Fautrel, B., Alten, R., Kirkham, B., de la Torre, I., Durand, F., Barry, J., Holzkaemper, Fakhouri, W. & Taylor, P. (2018). *Call for action: how to improve use of patient-reported outcomes to guide clinical decision making in rheumatoid arthritis*. Rheumatology International, 38:935–947 <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4005-5>
- FDA-NIH Biomarkers, EndpointS and other Tools (BEST) Working Group. *Silver Spring (MD): Food and Drug Administration (US). Bethesda (MD): National Institutes of Health (US); 2016.* <https://www.fda.gov/about-fda/cdrh-patient-engagement/patient-reported-outcomes-pros-medical-device-decision-making>  
consultado em 16July 2019
- Fenton, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D. & Franks, P. (2012). *The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures and mortality*. Arch Intern Med, 172(5):405-11. [doi: 10.1001/archinternmed.2011.1662](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662)
- Ferreira, P. & Marques, F. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*.
- Ferreira, P., Ferreira, L. & Pereira, L. (2013). *Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D*. Acta Med Port, 26(6):664-675
- Ferreira, R.J.O., Carvalho, P.C., Ndosí, M., Duarte, C., Chopra, A., Murphy, E.... da Silva, J.A.P. (2019). *Impact of patient global assessment (PGA) on achieving remission in patients with rheumatoid arthritis in the METEOR database*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2019 Mar 1. [doi: 10.1002/acr.23866](https://doi.org/10.1002/acr.23866).

- Ferreira, R.J.O., de Wit, M., Henriques, M., Pinto, A.F., Duarte, C., Mateus, E.... Ndosí, M. (in Press). *It can't be zero!" - Difficulties in completing patient global assessment in rheumatoid arthritis: a mixed methods study*. Rheumatology (Oxford), In press.
- Ferreira, R.J.O., Duarte, C., Ndosí, M., de Wit, M., Gossec, L., da Silva, J.A.P. (2018). *Suppressing inflammation in rheumatoid arthritis: Does patient global assessment blur the target? A practice-based call for a paradigm change*. Arthritis Care Res (Hoboken). 70(3):369-378. [doi: 10.1002/acr.23284](https://doi.org/10.1002/acr.23284).
- Ferreira, R.J.O., Marques, A., Mendes, A., da Silva, J.A.P. (2015). *Rheumatology telephone advice line – Experience of a Portuguese department*. Acta Reumatol Port. 40(2):163-8.
- Forestier, B., Anthoine, E., Reguiat, Z., Fohrer, C. & Blanchin, M. (2019). *A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness*. , 21;17(1):19. [doi: 10.1186/s12955-019-1084-2](https://doi.org/10.1186/s12955-019-1084-2)
- Fujisawa, R. & Klazinga, N. (2017). *Measuring Patient Experiences (PREMS): Progress Made by the OECD and its Member Countries between 2006 and 2016*. OECD Health Working Papers No. 102.
- Gibbons, E., Hewitson, P., Morley, D., Jenkinson, C. & Fitzpatrick, R. (2015). *The Outcomes and Experiences Questionnaire: development and validation*. Patient Relat Outcome Meas., 16(6):179-89. [doi: 10.2147/PROM.S82784](https://doi.org/10.2147/PROM.S82784)
- Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). *Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. Journal of Clinical Epidemiology, 46(12), 1417–32.
- Haslock, I. (1996). *Outcome Series Quality of Care and Patient Satisfaction*. British Journal of Rheumatology, 35:382-384
- Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2018 Report*. [ISBN 978-91-980687-5-7](https://doi.org/10.1007/978-91-980687-5-7)
- Hunt, S.M., McEwen, J. & McKenna, S.P. (1992). *Measuring Health Status*. London: Croom Helm; 1986.
- Ibfeft, E., Jensen, D. & Hetland, M. (2016). *The Danish nationwide clinical register for patients with rheumatoid arthritis: DANBIO*. Clinical Epidemiology, 8:737–742.
- International Society for Quality of Life Research (prepared by Aaronson, N., Elliott, T., Greenhalgh, J., Halyard, M., Hess, R, Miller, D.... Snyder, C.) (2015). *User's*

*guide to implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice.*  
Version 2. <http://www.isoqo.org/UserFiles/2015UsersGuide-Versi on2.pdf>

- Juran, J.M. (1988). *Juran on planning for quality*. New York: The free press.
- Khan, N.A., Spencer, H.J., Abda, E., Aggarwal, A., Alten, R., Ancuta, C. ... Sokka, T. (2012). *Determinants of discordance in patients' and physicians' rating of rheumatoid arthritis disease activity*. *Arthritis Care Res*, 64(2):206–214.
- Kingsley, C. & Patel, S. (2017). *Patient-reported outcome measures and patient reported experience measures*. *BJA Education*, 17(4):137–144. doi: [10.1093/bjaed/mkw060](https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060)
- Ku, J.H., Danve, A., Pang, H., Choi, D. & Rosenbaum JT (2015). *Determinants of Patient Satisfaction in an Academic Rheumatology Practice*. *Clin Rheumatol.*, 21(5):256-62. doi: [10.1097/RHU.0000000000000263](https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000263).
- Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E. & Fitzpatrick, R. (2014). *Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12:5. <http://www.hqlo.com/content/12/1/5>
- McKenna, S. (2011). *Measuring patient-reported outcomes: moving beyond misplaced common sense to hard science*. *BMC Medicine*, 9:86. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-86>
- McKenna, S. (2019). *It is time for an organised, scientific approach to the application of patient-reported outcome measures in clinical studies and trials*. *Clinical Rheumatology*, 38:611-615. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-04403-2>
- Miedany, Y. (2014). *Adopting patient-centered care in standard practice: PROMs moving toward disease-specific era*. *Clin Exp Rheumatol.*, 32 (Suppl. 85): S40-S46
- Nikiphorou, E., Radner, H., Chatzidionysiou, K., Desthieux, C., Zabalán, C, van Eijk-Hustings, Y....Gossec, L.(2016). *Patient global assessment in measuring disease activity in rheumatoid arthritis: a review of the literature*. *Arthritis Res Ther*, 18(1):251
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).
- Palmer, R. H. & Nesson, H. R. (1982). *A review of methods for ambulatory medical care evaluations*. *Medical Care*, 20(8):758-781.

- Rabin, R. & de Charro, F. (2001). *EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol Group*. *Ann Med*, 33:337-343.
- Santos, MJ, Canhão, H, Faustino, A & Fonseca, J (2016). *Reuma.pt: Um Estudo de Caso*. *Acta Med Port.*,29 (2):83-84 .
- Smolen, J.S., Landewé, R., Bijlsma, J., Burmester, G, Chatzidionysiou, K, Dougados, M. ...van der Heijde, D. (2017). *EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update*. *Ann Rheum Dis.*, 0:1–18
- Sousa, C. (2008). *SPQ Sistema Português da Qualidade*. Cadernos Técnicos. Disponível em <http://www.catim.pt/Catim/PDFS/SPQ.pdf>
- The Beryl Institute Website, *Defining Patient Experience*. <http://www.theberylinstitute.org/page=DefiningPatientExp>. Accessed July 12, 2019
- The WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social Science and Medicine*, 10:1403-1409
- Translation and Cultural Adaptation*. *Value Heal*, 8(2):94-104. [doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054](https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054)
- Ward, M. (2004). *Rheumatology Care, Patient Expectations, and the Limits of Time*. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51(3): 307–308. [doi10.1002/art.20417](https://doi.org/10.1002/art.20417)
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF36)*. *Med Care*, 30:474-483.
- Wolf, J., Niederhauser, V., Marshburn, D. & LaVela, S. (2014). *Defining Patient Experience*. *Patient Experience Journal*,1(1): 7-19.
- Wood, G.C., Spahr, R., Gerdes, J., Daar, Z.S., Hutchison, R. & Stewart, W.F. (2009). *Patient satisfaction and physician productivity: complementary or mutually exclusive?* *Am J Med Qual.*, 24(6):498-504. [doi: 10.1177/1062860609338869](https://doi.org/10.1177/1062860609338869).
- World Health Organization. *The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO, 1980.
- Zangi, H.A., Ndosì, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Bostrom, C., . . . Gossec, L. (2015). *EULAR recommendations for patient education for people with*

*inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis.*, 74(6): 954-962. [doi:](#)  
[10.1136/annrheumdis-2014-206807](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206807). Epub 2015 Mar 3.

## **ANEXO I**

Versão original do *Outcomes and Experiences Questionnaire*



# The Outcomes and Experiences Questionnaire

## COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE

The purpose of this questionnaire is to obtain feedback from you about your experience of your recent hospital stay. This will enable us to identify areas for improvement based on your experiences.

Please tick **ONE** of the boxes to indicate your answer to each question.

If you make a mistake, simply cross out and put a tick in the correct box.

Please return this questionnaire in the envelope provided. You do not have to use a stamp - the postage is already paid.

**Thank you.**

**Q1. How helpful has your most recent visit to hospital been in dealing with the problem(s) you came to hospital for?**

- <sub>1</sub> Extremely helpful
- <sub>2</sub> Very Helpful
- <sub>3</sub> Helpful
- <sub>4</sub> A little helpful
- <sub>5</sub> Not at all helpful
- <sub>6</sub> Problem(s) completely cured

**Q2. How would you now rate the problem(s) you recently came to hospital for?**

- <sub>1</sub> Much better
- <sub>2</sub> A little better
- <sub>3</sub> The same
- <sub>4</sub> A little worse
- <sub>5</sub> Much worse

**Q3. How helpful was your most recent visit to hospital in helping you manage any aspects of the problem(s) that continued after you left hospital?**

- <sub>1</sub> Extremely helpful
- <sub>2</sub> Very Helpful
- <sub>3</sub> Helpful
- <sub>4</sub> A little helpful
- <sub>5</sub> Not at all helpful
- <sub>6</sub> No problems remained; problem(s) completely cured

**Q4. How would you rate your health now as a result of your hospital visit?**

- <sub>1</sub> Much better
- <sub>2</sub> A little better
- <sub>3</sub> The same
- <sub>4</sub> A little worse
- <sub>5</sub> Much worse

**Q5. When you had important questions to ask staff, did you get answers that you could understand?**

- <sub>1</sub> Yes, always
- <sub>2</sub> Yes, most of the time
- <sub>3</sub> Yes, some of the time
- <sub>4</sub> No, never
- <sub>5</sub> Don't know

**Q6. How helpful was the information you were given about your treatment and condition at your most recent hospital visit?**

- <sub>1</sub> Extremely helpful
- <sub>2</sub> Very Helpful
- <sub>3</sub> Helpful
- <sub>4</sub> A little helpful
- <sub>5</sub> Not at all helpful
- <sub>6</sub> I was not given information but would have liked some
- <sub>7</sub> I did not need any information

**Q7. Were you involved as much as you wanted to be in decisions about your care and treatment at your most recent hospital visit?**

- <sub>1</sub> As much as I wanted to be
- <sub>2</sub> Less than I wanted to be
- <sub>3</sub> Not at all although I wanted to be
- <sub>4</sub> Not at all and I did not wish to be
- <sub>5</sub> I was more involved than I wanted to be

**Q8. How much did hospital staff respond to your individual needs during your most recent hospital visit?**

- <sub>1</sub> At all times
- <sub>2</sub> Most of the time
- <sub>3</sub> Some of the time
- <sub>4</sub> None of the time

**Q9. Were you able to discuss any worries and fears with staff during your most recent hospital visit?**

- <sub>1</sub> As much as I wanted
- <sub>2</sub> Most of the time
- <sub>3</sub> Some of the time
- <sub>4</sub> Not at all, but would have liked to
- <sub>5</sub> I did not have any worries or fears

**Q10. Did the different people treating and caring for you work well together to give you the best possible care?**

- <sub>1</sub> Yes, always
- <sub>2</sub> Yes, most of the time
- <sub>3</sub> Yes, some of the time
- <sub>4</sub> No never
- <sub>5</sub> Don't know

**Q11. Overall, how would you rate the outcome of your most recent visit to hospital?**

- <sub>1</sub> Excellent
- <sub>2</sub> Very good
- <sub>3</sub> Good
- <sub>4</sub> Fair
- <sub>5</sub> Poor

## The following five questions are about your health today

*By placing a tick in ONE box in each group below, please indicate which statements best describe your own health state today.*

### Q12. Mobility

- I have no problems in walking about
- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

### Q13. Self-Care

- I have no problems washing or dressing myself
- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

### Q14. Usual Activities *(e.g. work, study, housework, family or leisure activities)*

- I have no problems doing my usual activities
- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

### Q15. Pain/Discomfort

- I have no pain or discomfort
- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

### Q16. Anxiety/Depression

- I am not anxious or depressed
- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

Thank you for completing this questionnaire. Please return it in the envelope provided.



## **ANEXO II**

Versão Portuguesa do *Outcomes and Experiences Questionnaire*

(Consulta Externa)



## QUESTIONÁRIO SOBRE RESULTADOS E EXPERIÊNCIAS

O objetivo deste questionário é saber a sua opinião relativa à experiência com esta consulta.

Isso permitirá identificar áreas de melhoria com base nas suas experiências.

Para cada pergunta, por favor assinale UM dos quadrados para indicar sua resposta.

Se se enganar, simplesmente risque e coloque um "X" no quadrado correto.

Muito obrigado/a.

- 1. Até que ponto considera ter sido útil a sua ida à consulta deste Serviço para tratar dos problemas que o/a levaram ao hospital?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Os problemas foram resolvidos
- 2. Como diria que estão agora os problemas que motivaram a sua ida à consulta deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Muito melhor
  - <sub>2</sub> Um pouco melhor
  - <sub>3</sub> Na mesma
  - <sub>4</sub> Um pouco pior
  - <sub>5</sub> Muito pior
- 3. Até que ponto considera ter sido útil a sua ida à consulta deste Serviço para o/a ajudar a lidar com os seus problemas de saúde?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Vim sem problemas; problemas resolvidos
- 4. Como diria que está agora a sua saúde, em resultado da sua ida à consulta deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Muito melhor
  - <sub>2</sub> Um pouco melhor
  - <sub>3</sub> Na mesma
  - <sub>4</sub> Um pouco pior
  - <sub>5</sub> Muito pior
- 5. Quando teve perguntas importantes a fazer aos profissionais de saúde da consulta deste Serviço, compreendeu as respostas que lhe deram?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
  - <sub>5</sub> Não sei
- 6. Até que ponto considera ter sido útil a informação que lhe deram na consulta deste Serviço sobre o seu tratamento e o seu estado de saúde?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Não me foram dadas informações, mas gostaria de as ter tido
  - <sub>7</sub> Não senti necessidade de informações
- 7. Sentiu-se envolvido/a, tanto quanto queria, nas decisões respeitantes aos cuidados e tratamentos que lhe foram prestados na consulta deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Tanto quanto queria
  - <sub>2</sub> Menos do que queria
  - <sub>3</sub> Absolutamente nada, embora quisesse
  - <sub>4</sub> Absolutamente nada e também não queria
  - <sub>5</sub> Participei mais do que queria
- 8. Até que ponto os profissionais de saúde da consulta deste Serviço foram ao encontro das suas necessidades pessoais?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
- 9. Teve a possibilidade de falar das suas preocupações e dos seus receios com os profissionais de saúde da consulta deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Sempre que quis
  - <sub>2</sub> A maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Algumas vezes
  - <sub>4</sub> Nunca, mas gostaria de o ter feito
  - <sub>5</sub> Não tive preocupações nem receios
- 10. Considera que as várias pessoas que trataram e cuidaram de si na consulta deste Serviço trabalharam bem em equipa para lhe darem os melhores cuidados possíveis?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
  - <sub>5</sub> Não sei

**11. De uma forma geral, como classificaria o resultado da sua ida à consulta deste Serviço?**

- <sub>1</sub> Excelente
- <sub>2</sub> Muito bom
- <sub>3</sub> Bom
- <sub>4</sub> Razoável
- <sub>5</sub> Mau

**Indique-nos agora, por favor, que avaliação faz dos cuidados prestados na consulta externa.  
Pontue cada item de 1 a 5, consoante a avaliação que faz do serviço prestado (1 = mau a 5 = excelente).**



**12. Médicos**

Tempo e interesse dedicados durante a consulta, envolvimento nas decisões, ajuda para desempenhar as suas tarefas diárias, competência, cortesia e carinho demonstrados, informação recebida relativa a medicamentos, tratamentos, sintomas e doença, conhecimento sobre consultas anteriores.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**13. Enfermeiros**

Tempo dedicado e explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**14. Secretariado**

Qualidade do atendimento administrativo e das explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**15. Acessibilidade**

Facilidade em marcar consulta e em telefonar para a unidade, tempo que esperou na sala de espera.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**16. Serviços prestados**

Horário de atendimento, respeito e rapidez com que foi tratado/a, organização geral dos serviços.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**17. Qualidade das instalações**

Conforto geral e limpeza.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**18. Qualidade das consultas**

Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**19. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?**

- <sub>1</sub> Muito bom
- <sub>2</sub> Bom
- <sub>3</sub> Razoável
- <sub>4</sub> Mau
- <sub>5</sub> Muito mau

**20. Já foi tratado/a neste hospital no Internamento ou na Urgência?** <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

<b>OPINIÃO GERAL</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>21. Qualidade do hospital</b> Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.	<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>

**RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES**

**22. Recomendaria a consulta deste Serviço a um familiar ou amigo/a que precisasse?**

- <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

**23. Voltaria a este hospital caso precisasse de nova consulta?**

- <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

**24. Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE?**

**A - MOBILIDADE**

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em andar
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em andar
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em andar
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em andar
- <sub>5</sub> Sou incapaz de andar

**B - CUIDADOS PESSOAIS**

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- <sub>5</sub> Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

**C - ATIVIDADES HABITUAIS** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>5</sub> Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

**D - DOR/MAL-ESTAR**

- <sub>1</sub> Não tenho dores ou mal-estar
- <sub>2</sub> Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- <sub>3</sub> Tenho dores ou mal-estar moderados
- <sub>4</sub> Tenho dores ou mal-estar graves
- <sub>5</sub> Tenho dores ou mal-estar extremos

**E - ANSIEDADE/DEPRESSÃO**

- <sub>1</sub> Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>2</sub> Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>3</sub> Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>4</sub> Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>5</sub> Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

**25. Gostaríamos agora, para finalizar, de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE**

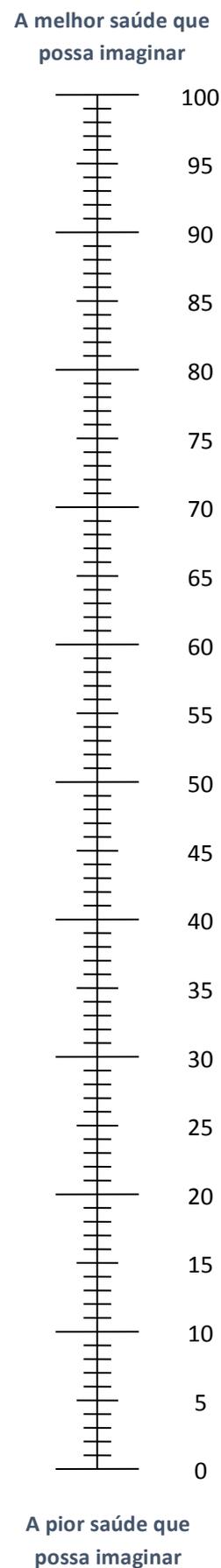
A escala está numerada de 0 a 100.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar.  
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =



Por fim, agradecíamos que nos fornecesse alguns dados.

**26. Qual é o seu sexo?**

- <sub>1</sub> Masculino  
<sub>2</sub> Feminino

**27. Qual é a sua idade?** \_\_\_\_\_ anos

**28. Qual é a sua situação familiar?**

- <sub>1</sub> Solteiro/a  
<sub>2</sub> Casado/a ou em união de facto  
<sub>3</sub> Viúvo/a  
<sub>4</sub> Separado/a ou divorciado/a

**29. Qual a sua situação profissional**

*Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.*

- <sub>1</sub> Tem um emprego ou trabalho  
<sub>2</sub> Está desempregado  
<sub>3</sub> É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado  
<sub>4</sub> Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada  
<sub>5</sub> É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)  
<sub>6</sub> Ocupa-se de tarefas domésticas  
<sub>7</sub> Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)  
<sub>8</sub> Tem outra situação de inatividade

**30. Que grau de ensino é que completou?**

*Se o nível de escolaridade mais elevado que completou foi obtido no estrangeiro, assinale o nível correspondente no sistema de ensino português.*

- <sub>1</sub> Nenhum  
<sub>2</sub> 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe  
<sub>3</sub> 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório  
<sub>4</sub> 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus  
<sub>5</sub> Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus  
<sub>6</sub> Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**MUITO OBRIGADO**

### **ANEXO III**

Versão Portuguesa do *Outcomes and Experiences Questionnaire*  
(Internamento)



## QUESTIONÁRIO SOBRE RESULTADOS E EXPERIÊNCIAS

O objetivo deste questionário é saber a sua opinião relativa à experiência com este internamento. Isso permitirá identificar áreas de melhoria com base nas suas experiências. Para cada pergunta, por favor assinale UM dos quadrados para indicar sua resposta. Se se enganar, simplesmente risque e coloque um "X" no quadrado correto. Muito obrigado/a.

1. **Até que ponto considera ter sido útil o seu internamento neste Serviço para tratar dos problemas que o/a levaram ao hospital?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Os problemas foram resolvidos
2. **Como diria que estão agora os problemas que motivaram o seu internamento neste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Muito melhor
  - <sub>2</sub> Um pouco melhor
  - <sub>3</sub> Na mesma
  - <sub>4</sub> Um pouco pior
  - <sub>5</sub> Muito pior
3. **Até que ponto considera ter sido útil o seu internamento neste Serviço para o/a ajudar a lidar com os seus problemas de saúde?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Vim sem problemas; problemas resolvidos
4. **Como diria que está agora a sua saúde, em resultado do seu internamento neste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Muito melhor
  - <sub>2</sub> Um pouco melhor
  - <sub>3</sub> Na mesma
  - <sub>4</sub> Um pouco pior
  - <sub>5</sub> Muito pior
5. **Quando teve perguntas importantes a fazer aos profissionais de saúde do internamento deste Serviço, compreendeu as respostas que lhe deram?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
  - <sub>5</sub> Não sei
6. **Até que ponto considera ter sido útil a informação que lhe deram no internamento deste Serviço sobre o seu tratamento e o seu estado de saúde?**
  - <sub>1</sub> Extremamente útil
  - <sub>2</sub> Muito útil
  - <sub>3</sub> Útil
  - <sub>4</sub> Um pouco útil
  - <sub>5</sub> Nada útil
  - <sub>6</sub> Não me foram dadas informações, mas gostaria de as ter tido
  - <sub>7</sub> Não senti necessidade de informações
7. **Sentiu-se envolvido/a, tanto quanto queria, nas decisões respeitantes aos cuidados e tratamentos que lhe foram prestados no internamento deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Tanto quanto queria
  - <sub>2</sub> Menos do que queria
  - <sub>3</sub> Absolutamente nada, embora quisesse
  - <sub>4</sub> Absolutamente nada e também não queria
  - <sub>5</sub> Participei mais do que queria
8. **Até que ponto os profissionais de saúde do internamento deste Serviço foram ao encontro das suas necessidades pessoais?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
9. **Teve a possibilidade de falar das suas preocupações e dos seus receios com os profissionais de saúde do internamento deste Serviço?**
  - <sub>1</sub> Sempre que quis
  - <sub>2</sub> A maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Algumas vezes
  - <sub>4</sub> Nunca, mas gostaria de o ter feito
  - <sub>5</sub> Não tive preocupações nem receios
10. **Considera que as várias pessoas que trataram e cuidaram de si no internamento neste Serviço trabalharam bem em equipa para lhe darem os melhores cuidados possíveis?**
  - <sub>1</sub> Sim, sempre
  - <sub>2</sub> Sim, a maior parte das vezes
  - <sub>3</sub> Sim, algumas vezes
  - <sub>4</sub> Não, nunca
  - <sub>5</sub> Não sei

**11. De uma forma geral, como classificaria o resultado do seu internamento neste Serviço?**

- <sub>1</sub> Excelente
- <sub>2</sub> Muito bom
- <sub>3</sub> Bom
- <sub>4</sub> Razoável
- <sub>5</sub> Mau

**Indique-nos agora, por favor, que avaliação faz dos cuidados prestados no internamento.  
Pontue cada item de 1 a 5, consoante a avaliação que faz do serviço prestado (1 = mau a 5 = excelente).**



**12. Médicos**

Tempo e interesse dedicados durante o internamento, envolvimento nas decisões, ajuda para desempenhar as suas tarefas diárias, competência, cortesia e carinho demonstrados, informação recebida relativa a medicamentos, tratamentos, sintomas e doença.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**13. Enfermeiros**

Tempo dedicado e explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**14. Secretariado**

Qualidade do atendimento administrativo e das explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**15. Acessibilidade**

Facilidade em telefonar para a unidade.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**16. Serviços prestados**

Horário de atendimento, respeito e rapidez com que foi tratado/a, organização geral dos serviços.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**17. Qualidade das instalações**

Conforto geral e limpeza.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**18. Qualidade do internamento**

Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.

- <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

**19. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?**

- <sub>1</sub> Muito bom
- <sub>2</sub> Bom
- <sub>3</sub> Razoável
- <sub>4</sub> Mau
- <sub>5</sub> Muito mau

**20. Já foi tratado/a neste hospital na Consulta Externa ou na Urgência?** <sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

<b>OPINIÃO GERAL</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Mau</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>21. Qualidade do hospital</b> Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.	<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>

**RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES**

**22. Recomendaria este Serviço a um familiar ou amigo/a que precisasse?**

- <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

**23. Voltaria a este hospital caso precisasse de novo internamento?**

- <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

**24. Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE?**

**A - MOBILIDADE**

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em andar
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em andar
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em andar
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em andar
- <sub>5</sub> Sou incapaz de andar

**B - CUIDADOS PESSOAIS**

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- <sub>5</sub> Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

**C - ATIVIDADES HABITUAIS** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- <sub>1</sub> Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>2</sub> Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>3</sub> Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>4</sub> Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- <sub>5</sub> Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

**D - DOR/MAL-ESTAR**

- <sub>1</sub> Não tenho dores ou mal-estar
- <sub>2</sub> Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- <sub>3</sub> Tenho dores ou mal-estar moderados
- <sub>4</sub> Tenho dores ou mal-estar graves
- <sub>5</sub> Tenho dores ou mal-estar extremos

**E - ANSIEDADE/DEPRESSÃO**

- <sub>1</sub> Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>2</sub> Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>3</sub> Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>4</sub> Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- <sub>5</sub> Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

**25. Gostaríamos agora, para finalizar, de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE**

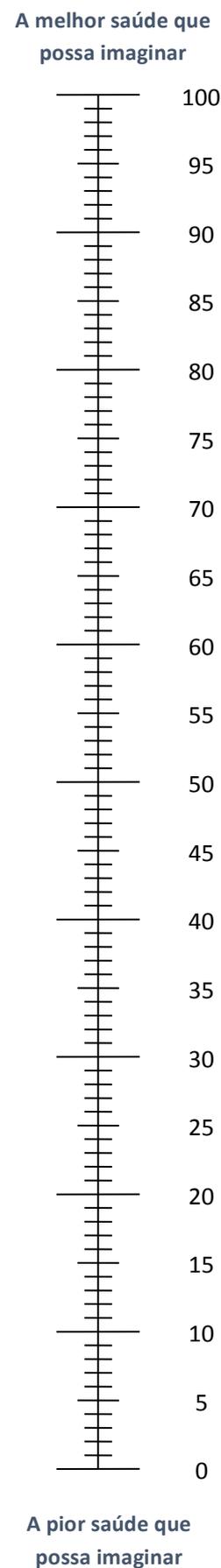
A escala está numerada de 0 a 100.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar.  
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =



Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados.

**26. Qual é o seu sexo?**

- <sub>1</sub> Masculino
- <sub>2</sub> Feminino

**27. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos**

**28. Qual é a sua situação familiar?**

- <sub>1</sub> Solteiro/a
- <sub>2</sub> Casado/a ou em união de facto
- <sub>3</sub> Viúvo/a
- <sub>4</sub> Separado/a ou divorciado/a

**29. Qual a sua situação profissional**

*Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.*

- <sub>1</sub> Tem um emprego ou trabalho
- <sub>2</sub> Está desempregado
- <sub>3</sub> É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
- <sub>4</sub> Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
- <sub>5</sub> É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
- <sub>6</sub> Ocupa-se de tarefas domésticas
- <sub>7</sub> Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
- <sub>8</sub> Tem outra situação de inatividade

**30. Que grau de ensino é que completou?**

*Se o nível de escolaridade mais elevado que completou foi obtido no estrangeiro, assinale o nível correspondente no sistema de ensino português.*

- <sub>1</sub> Nenhum
- <sub>2</sub> 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- <sub>3</sub> 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- <sub>4</sub> 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- <sub>5</sub> Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- <sub>6</sub> Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**MUITO OBRIGADO**