

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Área de especialização

Especialidade de Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde

***Percepções de doença e tratamento, estado emocional e
satisfação nos cuidados de saúde em Imagiologia***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

José Manuel de Azevedo Barbosa

Nº 3908

Orientador:

Profa. Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora / Lisboa

Julho, 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Área de especialização


Especialidade de Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde

***Percepções de doença e tratamento, estado emocional e
satisfação nos cuidados de saúde em Imagiologia***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

José Manuel de Azevedo Barbosa

Nº 3908



184 661

Orientador:

Profa. Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora / Lisboa

Julho, 2010

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer e prestar o meu reconhecimento à Professora Doutora Adelaide Claudino, minha orientadora da presente dissertação, que se disponibilizou a orientar esta tese, e me ajudou pacientemente com toda a sua capacidade de trabalho e organização.

Quero agradecer também a todos os profissionais da Universidade de Évora e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa que estiveram, de uma forma ou de outra, envolvidos neste curso de mestrado.

Agradeço a todos os profissionais do Hospital Distrital de Santarém EPE, que, de uma forma ou de outra, se disponibilizaram para ajudar e me deram um bom acolhimento para a árdua tarefa da recolha de dados. Destaco aqui a boa contribuição de duas colegas do Serviço de Imagiologia, que me ajudaram nessa recolha, e também a excelente prestação dos profissionais de enfermagem dos serviços de internamento, que em todos os momentos me apoiaram e me permitiram sempre a melhor possibilidade de recolha de dados junto dos doentes.

Uma palavra de apreço para o Prof. José Carvalho e Dr.^a Maria Correia pela disponibilidade em partilhar conhecimentos e experiências profissionais.

Finalmente, a toda minha família, a quem foram retiradas muitas horas da minha presença e companhia, que sempre me apoiaram e me incentivaram para continuar e nunca desistir, mesmo nos momentos de maior desânimo. Especial destaque para a minha mulher, Maria João, que foi inextinguível tanto no apoio emocional como no apoio prático do trabalho.

Um agradecimento especial também para a minha mãe, que foi quem muito me motivou para me inscrever, iniciar e continuar o curso de mestrado.

RESUMO

Pretende-se avaliar a satisfação dos utentes em exames de Rx/Imagiologia, compreendendo os factores que a podem influenciar, como o estado emocional e a percepção da doença.

Na prestação de cuidados de saúde surgem maiores exigências dos utentes na sua qualidade, implicando a produção de estudos que medem essa qualidade através da satisfação evidenciada pelos pacientes.

Instrumentos utilizados para recolha de dados numa amostra de 72 sujeitos: Questionários de Satisfação e Demográfico/Clinico, Brief Illness Perception Questionnaire, e Hospital Anxiety and Depression Scale.

Os dados revelaram satisfação nos aspectos relacionados com o ambiente clínico, interacção profissional/utente, e informação comunicada. Não surgiram correlações significativas entre níveis de ansiedade/depressão e satisfação. Nalgumas dimensões da satisfação, a relação com percepções da doença era mediada pelo estado emocional.

Conclui-se existir necessidade de intervir em aspectos da comunicação, onde o estado emocional pode ser elemento moderador.

Palavras – chave: Satisfação; cuidados de saúde; estado emocional; percepção da doença.

ABSTRACT

Perceptions of illness and treatment, emotional distress and satisfaction in health care in Imagiology.

We intend to evaluate of patient satisfaction in Radio diagnostic/Imagiology examinations, understanding the factors that can influence this satisfaction, such as emotional distress and perception of illness.

In health care appear greater demands of patients in its capacity, resulting in the production of studies measuring customer quality, using the satisfaction evidenced by the patients.

Instruments used to collect data on a sample of 72 individuals: Satisfaction Questionnaire and Demographic/Clinical Questionnaire, Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B), and Hospital Anxiety and depression Scale (HADS).

Data showed satisfaction on aspects related to the clinical environment, interaction professional/patient, and the information communicated. No significant correlations emerged between levels of anxiety/depression and satisfaction. Some dimensions of satisfaction, compared with perceptions of the disease were mediated by emotional distress.

We conclude there is need to intervene in aspects of communication, where the emotional distress can be a moderator.

Keywords: Satisfaction; health care; emotional distress; disease perception

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE DE TABELAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
INTRODUÇÃO.....	10
Pertinência e objectivo geral do estudo	12
Estrutura do trabalho	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
Qualidade e humanização no sistema de saúde	15
O papel do paciente no sistema de saúde	19
O paciente no exame complementar.....	24
Conceito de satisfação nos cuidados de saúde	26
A Satisfação nos Serviços de Radiodiagnóstico e Imagiologia.....	32
Determinantes da satisfação dos pacientes.....	33
Satisfação e Cognição na Saúde	36
A Satisfação, a Percepção de Saúde e de Tratamento, e o Estado Emocional	37
A comunicação e a satisfação em saúde.....	39
Conceito de Comunicação	39
A Comunicação entre o Profissional de Saúde e o Paciente	40
A Comunicação e a Satisfação do Paciente.....	43
A comunicação e a adesão ao tratamento	44
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	47
Objectivos do estudo	47
Desenho do estudo.....	48
Breve Caracterização do Local da Investigação.....	49
Variáveis em estudo.....	51

Hipóteses	52
População e amostra	53
Instrumentos de recolha de dados.....	54
Questionário Sócio – Demográfico e Clínico.....	54
Questionário de Satisfação nos Cuidados de Saúde em Imagiologia (QSCSI).....	55
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	56
Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B).....	58
Questões éticas e deontológicas	60
Tratamento estatístico e análise dos dados	61
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
Apresentação dos resultados.....	63
Caracterização Sócio Demográfica e clínica da amostra.....	63
Questionário de Satisfação nos Cuidados de Saúde em Imagiologia (QSCSI).....	68
IPQ-B – Brief Illness Perception Questionnaire.....	80
HADS – “Hospital Anxiety and Depression Scale”	83
Resultados dos testes de hipóteses.....	86
Discussão dos resultados	91
CONCLUSÃO.....	94
PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL NA SAÚDE.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	108
Anexo I - Inquérito e consentimento informado	109
Anexo II - Questionário	110
Anexo III – Resultados da inferência estatística	118

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Modelo Parsoniano da relação Médico – Paciente	22
Tabela 2. Distribuição da amostra por sexo	64
Tabela 3. Distribuição da amostra por idade	64
Tabela 4. Distribuição da amostra por habilitações literárias.....	64
Tabela 5. Distribuição da amostra por situação profissional.....	65
Tabela 6. Distribuição das variáveis sócio - demográficas por consulta externa e internamento	66
Tabela 7. Distribuição da amostra por Exame.....	66
Tabela 8. Distribuição da amostra por serviços.....	67
Tabela 9. Distribuição dos itens na dimensão de satisfação com o ambiente clínico	70
Tabela 10. Distribuição dos itens na dimensão satisfação com a interacção com o técnico de saúde	72
Tabela 11. Distribuição dos itens na dimensão satisfação com a informação comunicada	73
Tabela 12. Distribuição dos itens na dimensão satisfação global.....	75
Tabela 13. Resumo das respostas para as dimensões do QSCI	76
Tabela 14. Teste de esfericidade de Bartlett e estatística KMO	77
Tabela 15. Matriz rodada de componentes principais	77
Tabela 16. Correlação entre os factores e a satisfação total	78
Tabela 17. Valores da média, desvio padrão e consistência interna para as dimensões do QSCSI.....	79
Tabela 18. Medidas descritivas e consistência interna para a escala IPQ-B	80
Tabela 19. Medidas descritivas da escala IPQ-B	81
Tabela 20. Médias, Desvio padrão e teste t para consulta externa e internamento	82
Tabela 21 Média, desvio padrão e teste Mann-Whitney para o sexo	83
Tabela 22. Medidas descritivas e consistência interna escala HADS e subescalas Depressão e Ansiedade	84
Tabela 23. Consistência interna da subescala Ansiedade da escala HADS	84
Tabela 24. Classificação da ansiedade dos pacientes	85
Tabela 25. Medidas descritivas da subescala Depressão HADS.....	86
Tabela 26. Classificação da depressão dos pacientes	86

Tabela 27. Impacto do sexo nas dimensões da satisfação do paciente.....	87
Tabela 28. Influencia do escalão etário na satisfação.....	87
Tabela 29. Influência da situação externa ou internamento na satisfação.....	88
Tabela 30. Correlação entre níveis de ansiedade e depressão e níveis de satisfação	88
Tabela 31. Influencia que o tipo de ansiedade tem na satisfação	89
Tabela 32. Influencia que o tipo de Depressão tem na satisfação	89
Tabela 33. Resultados dos testes ANCOVA para determinar a influência do IPQ-B mediado pela Ansiedade e Depressão	90
Tabela 34. Correlações entre os domínios da satisfação e os domínios com as dimensões da percepção da doença	91
Tabela 35. Comunalidades	118
Tabela 36. Extracção de factores.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. A satisfação do paciente como resultado e como input	27
Figura 2. Elementos de um processo de intervenção social	43
Figura 3. Esboço esquemático da distribuição das áreas do Serviço de Imagiologia	51
Figura 4. Distribuição do tipo de exame de Imagiologia e especialidade clínica pelas duas subamostras de consulta externa e internamento.....	67

INTRODUÇÃO

A questão da qualidade tornou-se, nas últimas décadas, uma questão central para a grande maioria das organizações. O aumento da competição impeliu-as de procurar factores de diferenciação que as torne únicas perante os seus clientes e potenciais clientes. Neste cenário, a aposta na qualidade tornou-se uma decisão estratégica inevitável. Uma das formas de aferir a qualidade dos seus produtos ou serviços ocorre através da obtenção do certificado de qualidade ISO 9001.

O investimento na qualidade, na década de 1980, começou a revelar-se crucial e rentável, na medida em que fidelizava os clientes. O que por sua vez, diminuiu os custos de *marketing*. O princípio da qualidade passava por satisfazer as necessidades que os consumidores sentiam (Ribeiro, 2006).

Esta lógica de mercado, onde a concorrência é a génese de todo o desenvolvimento, não predominou durante muito tempo no sector da saúde. O Estado teve, durante um largo período de tempo, o monopólio da provisão destes serviços. Motivo pelo qual surge a preocupação com a qualidade; que até ao término do século XX não era considerada um vector de extrema relevância nas decisões estratégicas.

De facto, verifica-se que, em ambientes não concorrenciais, as questões associadas à qualidade e à satisfação do paciente não têm tido a devida atenção que a sua importância exige. Neste ambiente encontram-se as entidades de prestação de cuidados de saúde, que, apesar de terem encetado iniciativas no sentido de atingir padrões de qualidade elevados, ainda têm um longo caminho a percorrer para conseguirem alcançar estes objectivos. Na opinião de Ferreira (1991), cit. por Ribeiro (2001), a qualidade, no âmbito das organizações prestadoras de serviços de saúde, deve tornar-se cada vez mais uma questão central e decisiva.

Nos países desenvolvidos, assiste-se a uma crescente preocupação com a melhoria dos cuidados de saúde. Para alcançarem este objectivo, é necessário que as instituições prestadoras de cuidados de saúde centrem a sua atenção no paciente (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006).

Em Portugal, nas últimas décadas, tem-se assistido à preocupação em direccionar a atenção para o paciente. Um reflexo desta preocupação passa pela utilização de expressões como a “*mudança centrada no cidadão*”, “*ouvir a voz do paciente*” ou “*promover a participação activa do paciente*”. Todas estas intenções podem ser consultadas em

documentos emanados do Ministério da Educação e da Direcção Geral de Saúde. A opinião do paciente passou a ser considerada variável central na monitorização da qualidade dos serviços de saúde, na identificação dos problemas que possam existir e no conhecimento das expectativas que este tem em relação à qualidade destes cuidados de saúde (McIntyre & Silva, 1999).

Uma forma de aferir a qualidade de um bem ou serviço passa por analisar a adesão do paciente ao mesmo. Contudo, em situações onde não há concorrência, não é possível proceder à sua avaliação segundo este parâmetro. Para determinar o nível de qualidade dos referidos serviços é necessário recorrer dados para uma posterior análise da satisfação do paciente.

Estudar e tratar este conceito revela-se uma tarefa difícil, dado que não se encontra bem definido. Apesar desta dificuldade metodológica, o estudo do mesmo tem uma importância fulcral porque coloca ênfase na necessidade de perceber como o paciente responde aos cuidados de saúde, e ser um conceito utilizado nos inquéritos dos cuidados de saúde, como uma medida da qualidade dos mesmos (Fitzpatrick, 1997).

Uma das formas de ultrapassar as diversas dificuldades metodológicas passa por criar uma maior cooperação entre as diferentes instituições, na partilha de experiências que se revelem positivas para a melhoria da prestação de serviços ao paciente (Muntlin *et al.*, 2006). Perante este procedimento, as instituições devem implementar, de forma mais rápida, melhorias ao nível da qualidade, na base de uma análise custo/benefício.

No entanto, é necessário ter presente que cada instituição tem características muito próprias, pelo que estas devem ser tidas em linha de conta quando se pretender implementar uma solução que possibilitou a melhoria da qualidade dos serviços em outra instituição, dado que pode revelar um dado nível de incoerência ao generalizar.

De entre os aspectos que devem ser tidos em consideração destacam-se: (1) O sistema de saúde em que a instituição está enquadrada; (2) Os valores sociais; (3) A noção de qualidade da sociedade (Ovretveit, cit. por Muntlin *et al.*, 2006).

Um dos factores que determina o nível de satisfação vivido pelo paciente é a comunicação que existe entre o profissional de saúde e o paciente. A comunicação representa um elemento de extrema relevância a considerar na prestação de cuidados, pelas diversas influências que esta pode significar no bem-estar físico e psicossocial do paciente e nas suas percepções a respeito da qualidade dos serviços a que recorre.

Por outro lado, é constante e crescente a preocupação do sector profissional de saúde pela optimização dos seus serviços, pela procura de respostas cada vez mais

adequadas às exigências da sociedade actual, pela edificação de um sector mais exigente, qualificado e humanizado.

O intuito do presente trabalho passa por estudar em que medida a comunicação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente influencia o nível de satisfação deste. É dada uma especial ênfase desta problemática no contexto da realização de exames complementares de diagnóstico em Radiologia e Imagiologia.

Na bibliografia sobre este tema encontram-se vários estudos com o intuito de medir a satisfação, de modo a que a optimização dos serviços de saúde vá ao encontro das necessidades do paciente. Staniszewska e Ahmed (1999) salientam que as dimensões da satisfação mais estudadas têm sido a humanização, a informação, bem como a qualidade e competência. No entanto, os achados da literatura, no que respeita à relevância e correlação da satisfação com os aspectos sócio – demográficos, têm sido contraditórios (Scascighini *et al.*, 2008).

Considera-se que ainda não é dado o devido relevo à comunicação enquanto contexto de relacionamento entre profissional de saúde e paciente. Tal deve-se, em grande medida, ao facto do desenvolvimento dos cuidados de saúde se ter dado num contexto dualista corpo – mente, em que o sofrimento se confina aos sintomas físicos. Nesta lógica, o objectivo do profissional de saúde passa por intervir no sintoma e na dor, fazendo recurso dos seus conhecimentos académicos e dos que provieram da experiência acumulada.

Neste sentido considerou-se que se deveria colocar a seguinte questão de investigação para o presente estudo:

Que factores influenciam o grau de satisfação dos pacientes que utilizam o serviço de Imagiologia em exames programados de radiodiagnóstico e Imagiologia?

Pertinência e objectivo geral do estudo

O presente estudo prende-se com o tema a “Informação comunicada ao paciente e Satisfação dos Pacientes na Realização de Exames Complementares de Radiodiagnóstico e Imagiologia”.

A partir deste estudo propomo-nos a desenvolver uma investigação científica no Hospital Distrital de Santarém, situado na zona entre S. Domingos e Vale de Estacas,

procurando perceber de que modo a comunicação entre profissional de saúde e paciente, influencia a satisfação revelada pelo paciente.

Sabe-se que a missão de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é a de satisfazer as necessidades objectivas e subjectivas dos seus utilizadores efectivos ou potenciais. E quando se refere as necessidades em saúde, é importante referir não só os ganhos em saúde que foram alcançados, mas também a forma como os cuidados são prestados e a sua acessibilidade. Por sua vez, os serviços de saúde podem e devem melhorar tanto na sua estrutura, como nos seus processos e nos seus resultados, e devem fazê-lo não só por uma simples questão económico-financeira, mas também por uma questão ética: o respeito devido à pessoa humana e a defesa dos seus direitos.

Numa política estratégica de gestão e de qualidade, a centralização do processo de qualidade no paciente é também um conceito estratégico, porque combinando os esforços de entender as suas necessidades com os sistemas que apoiam a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços, a organização consegue aumentar a sua participação no mercado pelo aumento da procura.

Contudo, torna-se imperioso analisar os factores envolvidos e ligados à satisfação/insatisfação dos pacientes utilizadores dos serviços do hospital, a fim de: (1) conceder aos pacientes utilizadores a oportunidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados nos Serviços de Radiodiagnóstico e Imagiologia, aquando da sua necessidade dos mesmos, em relação ao acesso e permanência nesses serviços; (2) proporcionar aos responsáveis dessa instituição e pessoal que trabalha nesses serviços a informação necessária para que, estrategicamente, possam implementar programas de melhoria da qualidade.

Estrutura do trabalho

O presente estudo é composto por três partes, três capítulos: revisão da literatura, metodologia da investigação e apresentação e discussão de resultados. Na fase introdutória procura-se apresentar o quadro teórico.

No I Capítulo procura-se dar a conhecer a problemática que o tema abordado encerra e, em simultâneo, dar a conhecer os objectivos do mesmo. O início deste Capítulo incide na qualidade e humanização no sistema de saúde.

Seguidamente reporta para a importância de medir a satisfação nos serviços de saúde, nomeadamente nos serviços de radiodiagnóstico e Imagiologia, e para o modo como os pacientes, bem como os técnicos de saúde encaram o papel da satisfação e como os mesmos serviços adoptam e utilizam novas formas para satisfazer os clientes. No mesmo contexto, procura-se uma compreensão ampla do conceito de satisfação dos doentes na prestação de serviços de saúde e como esta detém um papel fulcral como medida de avaliação dos cuidados de saúde. Procura-se também perceber como as percepções dos pacientes na sua doença e tratamento, bem como o seu estado emocional, contribuem e influenciam a satisfação nos cuidados de saúde.

Procura-se desenvolver uma percepção mais alargada dos múltiplos factores que contribuem e influenciam a comunicação na saúde a partir de diferentes perspectivas e como esta detém um papel crucial ao nível da satisfação e da qualidade nos serviços de saúde.

Por sua vez, na segunda parte do presente estudo, II Capítulo, é feita uma descrição das principais opções metodológicas que enquadram o estudo empírico que é apresentado na parte seguinte. Apresentam-se, analisam-se e discutem-se as informações recolhidas durante a investigação, ou seja, a importância da comunicação ou da informação prestada ao cliente bem como a sua satisfação na realização de exames complementares nos serviços de radiodiagnóstico e imagiologia, a partir da análise extensiva de inquéritos.

Após se ter apresentado os resultados deste estudo e sua comparação com o que se encontram na bibliografia procede-se a uma conclusão. Nesta, procura-se fazer uma síntese geral do trabalho, encontrar algumas linhas orientadoras para o que deve ser a dinâmica dos profissionais de saúde assim como dos pacientes tendo em conta a realidade existente nos serviços de saúde. Também são apresentadas algumas sugestões para estudos futuros que incorporem algumas das conclusões deste trabalho, e as desenvolvam de forma a contribuir para uma melhoria do conhecimento nesta área.

“a fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), que se funda nas noç[ões] de dignidade e igualdade de todos os seres humanos: “Em outras palavras, o que é devido ao paciente como um ser humano, pelos médicos e pelo Estado, se conformou em grande parte devido a esta compreensão dos direitos básicos da pessoa.”

Relevando estes direitos básicos, de que nos falam os autores supracitados, é importante referenciar a função do médico, tendo em consideração a humanização, o cuidado com o doente, preocupando-se em compreender o seu meio ambiente, aquilo que o envolve e a sua forma de com ele interagir.

Para Kleinman *et al.* (1989),

“o médico [tem de] procur[ar], primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observar como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.”

Neste sentido, o doente tem de ser um parceiro do médico e não se colocar no papel de subordinado que acata ordens. A participação activa dos pacientes e o bom relacionamento com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, entre outros) é por si só um factor benéfico para o estado de saúde do próprio paciente, este sentirá maior compreensão e mais respeito pela sua condição de paciente, que resulta numa maior satisfação que lhe irá proporcionar melhorias a nível do seu estado psíquico, levando-o a uma melhor recuperação. Os profissionais ao conseguirem chegar ao doente através do processo de comunicação e compreensão, garante-lhe um maior bem-estar, garantindo também ao próprio serviço hospitalar um ambiente mais salutar entre os próprios profissionais.

Segundo o estudo “Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século” (1997), um dos graves problemas que tem persistido no Sistema Nacional de Saúde passa pela insatisfação dos pacientes e dos profissionais. Em termos internacionais, um estudo Europeu revelou que os pacientes portugueses tinham uma opinião mais desfavorável em relação aos serviços de saúde (McIntyre & Silva, 1999).

Este problema pode residir no facto de a avaliação da satisfação não ter um carácter específico e com alguma profundidade. Esta não se deve limitar a incorporar

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Qualidade e humanização no sistema de saúde

Quando se aborda a questão da qualidade, é necessário ter presente que se trata de um conceito dinâmico (Muntlin *et al.*, 2006), que difere de acordo com as épocas e com as sociedades nas quais é avaliado. Também a melhoria da qualidade deve ser considerada como um processo contínuo, na medida em que existem sempre novas possibilidades de melhoria que podem ser exploradas.

Donabedian, cit por Yellen *et al.* (2002), divide a qualidade do cuidado em duas áreas: o desempenho técnico e o cuidado interpessoal. Por desempenho técnico entende-se a prossecução de estratégias de tratamento e as competências do profissional para as desenvolver. Já o cuidado interpessoal envolve as expectativas e as normas individuais e sociais.

Os indicadores de qualidade foram definidos como medidas quantitativas, susceptíveis de serem utilizadas como guia para monitorizar e avaliar a qualidade do cuidado prestado ao paciente e das actividades do serviço de apoio (Joint Commission, cit. por Muntlin *et al.*, 2006).

Dois estudos realizados na Suécia por Widmark-Petersson *et al.*, Essen e Sjudén, cit. por Muntlin (2006), demonstraram que as percepções dos médicos e dos enfermeiros sobre o que é um tratamento de qualidade, nem sempre vão ao encontro às percepções dos pacientes. Dados semelhantes foram encontrados num estudo dos Estados Unidos da América (Hostutler *et al.*, cit. por Muntlin, 2006), o qual evidenciou que as necessidades dos pacientes, nos serviços de urgência, não são exactamente iguais às percepcionadas pelas enfermeiras.

É um facto que o panorama ao nível dos serviços de saúde têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, que se têm reflectido nas relações médico - paciente. Neste caso particular, denota-se que começou a existir uma procura por parte do paciente na qualidade dos serviços prestados, dado que, deixa de ter um papel de subordinado perante o médico e serviços, passando a exigir mais dos cuidados prestados.

Nomeadamente no que respeita à humanização, no campo da saúde, esta surge relacionada com os direitos humanos, em que o paciente é um ser humano e não um mero caso clínico. Segundo Vaitsman e Andrade (2005),

aspectos relacionados com a qualidade técnica dos cuidados prestados. Deve abordar também aspectos relacionais como o apoio emocional e a comunicação profissional (McIntyre & Silva, 1999).

De acordo com a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, os doentes têm direitos e deveres que devem ser respeitados. No que respeita aos direitos, o paciente tem direito a:

- Ser tratado no respeito pela dignidade humana – “ (...) *toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está inferiorizada, fragilizada, perturbada pela doença.*” (p.4)
- Respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas – “*As convicções do doente não podem ser rebatidas, ridicularizadas ou menosprezadas (...) como a aceitação de crenças e práticas religiosas, mesmo quando estranhas à nossa cultura e mentalidade.*” (p. 5)
- Receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais – “*Os cuidados de saúde a cargo do Estado têm de ter qualidade técnico-científica e de ser adequados às necessidades. (...) Todos temos direito a ter acesso a cuidados e esse acesso tem de ocorrer em tempo útil.*” (p. 6)
- Prestação de cuidados continuados – “*O doente tem o direito de ser informado das características do esquema que será adoptado no seu caso, e o sistema de saúde tem de estar organizado e articulado de modo a garantir uma continuidade do tratamento.*” (p. 7)
- Ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados – “*Uma das grandes dificuldades do doente é o desconhecimento, em que muitas vezes se encontra, acerca dos serviços a que deve recorrer, as suas competências, regras, horários, modalidades de acesso, etc.*” (p. 7)
- Ser informado sobre a sua situação de saúde – “ (...) *tem o direito de ser informado, de forma completa e verdadeira, sobre esse estado.*” (p. 8)

- Obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde – *“O doente poderá obter o parecer de outro médico, que não o que o trata, acerca do diagnóstico e, sobretudo, do tratamento proposto.”* (p.8)
- Dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico – *“Se ele não estiver de acordo e recusar um qualquer acto de diagnóstico ou de tratamento, nada há a fazer, mesmo se a sua decisão for errada ou prejudicial para a sua saúde.”* (p. 9)
- Confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam – *“Os dados que dizem respeito à doença de uma pessoa e à própria pessoa são rigorosamente confidenciais, não podendo ser comunicados senão ao próprio doente ou a quem este determinar”.* (p. 10)
- Acesso aos dados registados no seu processo clínico – *“O processo clínico de um doente, a sua ficha ou o suporte informático, em que se registam dados do doente, têm de ser acessíveis a este, se ele assim o desejar”* (p. 10)
- Privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico – *“Na prática, (...) só podem assistir a actos de diagnóstico ou de tratamento os profissionais necessários à execução, a não ser que o doente solicite a presença de outros”* (p. 11)
- Apresentar sugestões e reclamações – *“(...) é seu direito sugerir modificações ou reclamar.”* (p. 11)

No que respeita aos deveres, a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde entende que o paciente tem o dever de:

- Zelar pelo seu estado de saúde – *“(...) o doente tem o dever de adoptar estilos de vida saudáveis, de zelar pela sua saúde e de se preocupar com a saúde dos outros”* (p. 12)
- Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias – *“(...) ninguém deveria estar mais interessado do que ele próprio em informar completamente e com verdade o médico, a fim de lhe facilitar o diagnóstico e o tratamento.”* (p. 13)

- Respeitar os direitos dos outros doentes – *“Se desejamos que os nossos direitos sejam respeitados, temos de começar por respeitar os dos outros.”* (p. 13)
- Colaborar com os profissionais de saúde – *“Como parceiro no processo de saúde, o doente naturalmente colabora com os profissionais de saúde, que se esforçam por encontrar as melhores soluções para o seu caso.”* (p. 14)
- Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde – *“Se as regras não parecem as melhores e mais apropriadas, o doente tem o direito de sugerir alterações e de se bater por elas, mas tem o dever de as respeitar, enquanto (ou se) não forem modificadas.”* (p.14)
- Utilizar bem os serviços de saúde e de evitar gastos desnecessários – *“ (...) quanto mais se puder poupar, sem sacrificio dos aspectos essenciais, melhores e mais amplas poderão ser as prestações do sistema de saúde.”* (p. 15)

A maior parte dos doentes recorrem aos profissionais de saúde quando precisam de ajuda, conselhos ou segurança, o que faz com que assumam um papel de dependência.

Em conclusão, pode dizer-se que características como a qualidade e a humanização, na área da saúde, são imprescindíveis para uma boa relação entre profissionais de saúde e pacientes, procurando, através destas, melhorar a interacção entre ambos, criando um ambiente mais confortável e intimista.

O papel do paciente no sistema de saúde

Os países e as comunidades têm passado por constantes mudanças que se reflectem nos comportamentos humanos, a nossa sociedade é um espelho dessas mudanças, tornando-se objecto de estudo nas ciências sociais e humanas. Assumindo a saúde como um acto social o seu conceito este também enfrentou e sofreu permanentes alterações sem descurar as actuais.

Constata-se com extrema frequência que as comunidades vivem no ritmo alucinante que se reflecte na mudança de *hábitos, como: “ as pessoas comem de forma insaciável, desordenada, bebem e fumam mais, vêm mais televisão, deslocam-se mais em automóvel em detrimento de actividades físicas. Caminham com relativa frequência no ambiente florestal conduzindo deste modo, a um estado psíquico que revela síndrome de Pernoute ”*. Estas alterações do quotidiano proporcionaram um aumento do número de

novas patologias e um crescimento exponencial de casos de doenças que embora existissem não se encontravam diagnosticadas. O ser humano na sociedade moderna tornou-se solitário, entregue a “*vácuo social*” no qual em alguns casos, a doença se tornou o meio de obter alguma forma de ajuda.

Como o refere Duarte (2002:38) a debilidade é por vezes utilizada com objectivos sociais e pessoais, o que demonstra, de certo modo, quanto a relação está extremamente associada aos factores biológicos ou patogénicos da doença. Esta é por vezes utilizada na negociação de um conjunto de tensões culturais, sociais, domésticas, laborais e mesmo comunitárias. A saúde e a doença são um espelho do indivíduo que retrata como este se enquadra na sociedade.

Cada comunidade revela as suas patologias próprias, que diferem pelo modo de vida e pelo constrangimento social, que são percebidos, bem como são percebidos face à doença quer presente quer no futuro. O que significa entender a forma como são culturalmente apercebidos.

“Cada sociedade carrega de significados as suas patologias, atribui-lhes valores, metáforas que passadas pela experiência física e psíquica de cada pessoa, convertem o adoecer numa experiência única, claramente individualizada mas só possível na perspectiva dos valores sociais compartilhados. Assim, têm razão os doentes quando manifestam que a sua doença, tão normal e mesmo tão vulgar para os entendidos, é única. E, precisamente nessa individualização está a maior dificuldade e a maior riqueza do trabalho sanitário”

(Castell e Uribe, 1994, cit. por Duarte, 2002: 121)

Contudo, segundo Pereira (1993) não se deve encarar a doença como uma consequência do presente, motivo pelo qual, defende que “*a concepção de doença é historicamente construída, variável no espaço, e constituiu um meio de acesso ao sentido que os indivíduos conferem aos seus comportamentos e às relações que estabelecem com os membros da sociedade à qual pertencem, assim como ao sistema de interpretações, crenças e valores que lhe estão subjacentes*” (cit. por Duarte, 2002: 43)

A atitude face ao binómio saúde/doença é uma súpula de concepções individuais, que se constroem socialmente e reflectem em “*noções de bem-estar corporal*” como fruto de uma sociedade de consumo.

Neste sentido, é importante assumir que a cultura influencia o acto social, logo “ *a doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doença, específicas das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos*” (Kleinman *et al.* 1989, cit. por Duarte, 2002: 53). É importante salientar que quer a saúde ou a doença estão inseridas no quadro simbólico de representações criadas pelo alter-ego.

Segundo Mucchielli (1919) o profissional de saúde deve saber observar e escutar, de forma espontânea, o emergir desta realidade, assim como a integrar-se no espaço do paciente, visando sempre o bem-estar do mesmo.

De acordo com Enelow , Forde e Brummel-Smith (1999) é crucial para o paciente estabelecer-se uma relação com o médico e outros assistentes de saúde, revelando-se esta um factor de extrema importância na recuperação, mais rápida e firme. Alguns estudos demonstraram que a satisfação dos doentes relativamente aos seus cuidados de saúde relaciona-se mais com a consideração do médico pelos aspectos psicossociais do que pelos aspectos biológicos da doença (Kravitz *et al.*, 1994 cit. por Enelow *et al.*, 1994: 16)

Perante Camon-Angerami (1998), em muitos casos, o profissional de Saúde ao adoptar por um distanciamento perante o paciente permite-lhe que este seja o mais parcial possível.

Contudo, não quer dizer que este não tenha uma postura de equilíbrio, que de modo algum deve ser confundida como “ uma indiferença das condições de adversidades emocionais vividas pelo paciente” (Camon-Angerami, 1998: 52)

A relação entre médico e paciente desde sempre levantou grandes questões, das quais resultaram diversos modelos.

O modelo que se pretende descrever é o Parsoniano elaborado por Parsons em 1966, fundamenta-se em quatro premissas:

- Assume que a saúde é uma necessidade funcional entre os diversos actores sociais;
- A doença é um estado de perturbação do funcionamento normal do ser humano;
- A patologia é em parte resultado de perturbações biológicas e sociais que se integram no meio cultural;
- Os cuidados prestados na saúde implicam uma interacção e participação dos diversos egos, que se regem por normas e condutas culturalmente assimiladas.

Parsons (1966) define a prática médica como “*un mecanismo en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros, y en ellas las estructuras sociales inmediatamente relevantes consisten en las pautas del rol de médico y las del rol de paciente*” (cit. por Marín, 2001:120). Em que a sua relação é definida por assistência ou de ajuda.

Esta relação, para que exista, é necessário haver duas ou mais pessoas, da qual é necessário ter consciência que se está perante uma situação de desigualdade assimétrica (o médico numa posição situação de poder perante o paciente). Além da relação de ajuda ou assistência, existe a particularidade de se definir como uma relação de esperança e de espera. O que significa ir ao encontro das expectativas pré-concebidas da relação médico - paciente. Diga-se que seria uma forma exemplar se a mesma tiver como base a confiança mútua.

É necessário aferir que nesta relação existe um conjunto de obrigações e deveres, que se pode analisar de acordo com a Tabela 1, em que Parsons (1966) evidencia que a relação é “*aquí, el rol de la persona enferma como paciente se articula en el rol del médico en una estrutura de rol complementaria*” (cit. por Marín, 2001:122).

Tabela 1. Modelo Parsoniano da relação Médico – Paciente

	Paciente	Médico
Status	Papel do Doente	Papel do Profissional
Expectativas Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Estar motivado para alcançar o bem-estar; • Procurar ajuda técnica competente; • Confiar no médico; • Aceitar a relação de assimetria da relação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actuar para o bem-estar do paciente; • Guiar-se por regras de conduta Profissional; • Aplicar os seus conhecimentos e destrezas para resolver o problema de saúde; • Ser objectivo não se envolver emocionalmente com a história do paciente.
Privilégios do Status	<ul style="list-style-type: none"> • Isenção de responsabilidade pelo seu estado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a intimidade física e psíquica do paciente; • Autonomia; • Dominância profissional.

Fonte: Adaptado por Marín (2001:22)

Segundo o modelo Parsoniano, a relação médico – paciente distingue-se em dois tipos de status: o papel de doente (paciente) e o papel do Profissional (médico). Diferem em diversas expectativas comportamentais, o doente tem como dever encontrar-se motivado para curar-se, ter a capacidade de procurar ajuda técnica e de confiar no médico aceitando a relação de assimetria, e por sua vez, o médico tem de agir para o bem-estar do paciente, guiando-se por regras de conduta profissional em que aplica os seus conhecimentos e destrezas para a resolução do problema de saúde do paciente, mantendo sempre uma posição objectiva e com um certo distanciamento clínico.

O paciente tem como privilégio encontrar-se isento de responsabilidades dado o seu estado, e o médico, por sua vez, tem como privilégio o acesso à intimidade física e psíquica do paciente, onde pode agir com autonomia e dominância profissional.

Este modelo foi bastante criticado por ser bastante funcionalista, e pelo facto de se basear no modelo norte-americano como uma verdade absoluta que não abrange outros tipos de sociedades. Szasy e Hollender (1956), ambos funcionalistas, adicionam a este modelo a aplicação clínica, ou seja, estes autores defendem que as expectativas são influenciadas segundo o tipo de sintomas apresentados pelos pacientes.

A relação médico - paciente é delimitada pelo sistema social, que por sua vez está inserido dentro de uma estrutura social que a regula e a caracteriza.

Para Myerscough (1989), *“esta «submissão» relativamente ao seu médico deriva dos sentimentos de dúvida e medo que surgem com a doença. Deste modo, a dependência do doente servirá para aumentar a autoconfiança do médico.”*

Tendo em conta esta dependência, é necessário relevar o comportamento doentio a que muitas pessoas chegam. Existe uma grande dificuldade em comunicar com pessoas que se julgam doentes, ou mais doentes do que estão, que não se reservam em fazer auto-diagnósticos ou auto-medicações. Também acontece o contrário, lidar com pessoas que não são capazes de reconhecer e encarar o seu problema de saúde, fechando a porta à comunicação. Como afirma o autor supracitado, *“consideram a saúde como um valor tão precioso que se tornam relutantes em encarar o facto de que estão doentes.”*

Segundo Duarte (2002:26), numa perspectiva mais tradicional, ainda observada e sentida na actualidade, quando o paciente chega aos serviços de saúde *“vê-se esvaziado de todo o seu saber, e entregue nas mãos de quem domina a sapiência, os profissionais de*

saúde (...), é infantilizado, despojado de toda a individualidade, forçado a assumir um dos papéis possíveis (doente ou saudável) ”.

Contudo, esta situação tende a dissipar-se. Fabb (1995, cit. por Duarte, 2002), constata que a tendência actual caminha para a menor predisposição do paciente em aceitar as decisões dos profissionais de saúde quando estas não consubstanciam as suas crenças ou pontos de vista. Na confirmação desta nova posição, surgem as investigações, cujo enfoque é colocado no conhecimento das populações acerca da saúde e da doença – chamado por alguns autores de literacia de saúde – nos seus sentimentos e atitudes perante o estado de saúde ou doença.

A necessidade da nossa sociedade em criar uma “ *necessidade incontável de uma política de saúde, o que constitui uma estratégia para gerir e otimizar recursos médicos com uma finalidade social*” (BanKowski , 1996, cit. por Duarte, 2002: 27) faz com que o sistema de saúde seja um mercado de consumo que promove a criação de novas patologias.

O paciente no exame complementar

Os exames complementares de diagnóstico podem ser enquadrados num contexto de avaliação de uma determinada afecção, ou num plano mais abrangente quando se tratam de estudos epidemiológicos (Ribeiro, 2001).

É importante acentuar o facto de que, com as novas tecnologias, é possível identificar indícios “que possam conduzir a alterações patológicas de órgãos ou sistemas” (Ribeiro, 2001).

No que respeita às atitudes tomadas pelo doente, face a um exame complementar de diagnóstico, pode ter-se em consideração, de acordo com Neto (1998, cit. por Ribeiro, 2001), o modelo tripartido clássico, que inclui na atitude, três componentes: (1) Afectivo, no que se refere aos sentimentos e às respostas fisiológicas que o acompanham; (2) Cognitivo, relativo a crenças e opiniões que sustentam a atitude; (3) Comportamental, referindo-se ao processo mental e físico que conduz o indivíduo a agir de determinada maneira.

O exame complementar de diagnóstico pode provocar, muitas vezes, estados de ansiedade, desconfiança e medo. A ideia que normalmente o doente tem, é a de que os

equipamentos usados são de grande complexidade e que, por isso, podem ser prejudiciais. Esta errada constatação influencia indubitavelmente os comportamentos do doente.

De acordo com Carapinheiro (1998, cit. por Ribeiro, 2001), *“é a partir deste comportamento que surge a distinção entre «doente colaborante» e «doente não colaborante», baseada em critérios de maior ou menor colaboração face ao exame. Esta distinção assenta em «comportamentos de conformação, de resignação» ”*.

A comunicação é, portanto, a base fundamental para a troca de informação, que, muitas vezes é condicionada por barreiras, de entre as quais Ribeiro (2001) destaca:

- O isolamento do paciente/doente em relação aos técnicos de saúde;
- As expressões faciais e a postura do corpo podem inibir o paciente/doente;
- A incerteza e a ignorância causam, frequentemente, ansiedade;
- A incerteza provoca grande necessidade de informação;
- O uso de terminologia técnica que não está ao alcance do saber “profano” do paciente/doente.

Como já foi referido, os exames complementares de diagnóstico são, muitas vezes, para os doentes, motivo de ansiedade. A falta de informação continua a ser uma das maiores causas deste tipo de mal-estar. De acordo com Corney (1996), a informação necessária que o técnico deve prestar ao paciente, inclui:

- Nome, objectivo e duração do exame;
- Altura em que deve ser realizado;
- Preparação necessária (não comer, preparar os intestinos);
- Descrição do exame, incluindo pormenores sobre anestésicos e analgésicos;
- Sensações possíveis (opressão, intumescência);
- Orientação para lidar com as sensações;
- Efeitos secundários (se houver);
- Data em que os resultados estão disponíveis.

Estas informações têm de ser fornecidas oralmente, com um tipo de linguagem clara e acessível para o paciente. O técnico tem obrigação, igualmente, de saber ouvir o paciente, incitando-o a uma liberdade de expressão, de forma a colmatar a falha, muitas vezes existente, da omissão, por parte do doente, das suas queixas e sentimentos que o estejam a angustiar. Para Corney (1996), o principal objectivo que está por detrás da prestação deste conjunto de informações é permitir que o paciente consiga obter um “mapa cognitivo” das ocorrências, pelo que devem ser disponibilizadas antes de se proceder à realização do exame.

Conceito de satisfação nos cuidados de saúde

A satisfação do paciente é encarada como um importante indicador da qualidade dos serviços prestados numa unidade de saúde, pelo que o interesse nesta área tem aumentado nas últimas décadas (Yellen *et al.*, 2002; Scascighini *et al.*, 2008).

Os primeiros estudos sobre a satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde remontam aos anos 50, nos Estados Unidos da América, (Abdellah & Levine, cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999) e à década de 60, na Grã-Bretanha (McGhee, Cartwright, cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999). No entanto, tem-se assistido nos últimos anos ao crescimento da importância dada ao envolvimento dos pacientes na avaliação dos cuidados de saúde, o que se tem manifestado na medição dos níveis de satisfação (Staniszewska & Ahmed, 1999).

Diversos autores apontam para a importância da avaliação da satisfação dos pacientes sobre os serviços de saúde, como um instrumento primordial para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, que constitui, na actualidade, uma preocupação comum entre os profissionais (Franco, 2006).

Tem havido uma evolução positiva no sentido de ouvir a opinião do paciente, segundo Pereira (2001: 69), uma vez que esta “*tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas (...)*”.

Franco (2006) defende que a avaliação da satisfação, aliada à avaliação dos resultados, beneficia o progresso dos modelos e as estratégias de gestão da qualidade, na generalidade dos organismos de saúde.

De acordo com Xavier (1999), os pacientes dos serviços de saúde têm revelado uma crescente exigência. Esta dinâmica da parte dos pacientes tem conduzido a um enfoque em factores como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde. Todos estes têm merecido uma especial atenção nos últimos anos e têm sido relacionados, de forma directa, com o processo de satisfação (Franco, 2006).

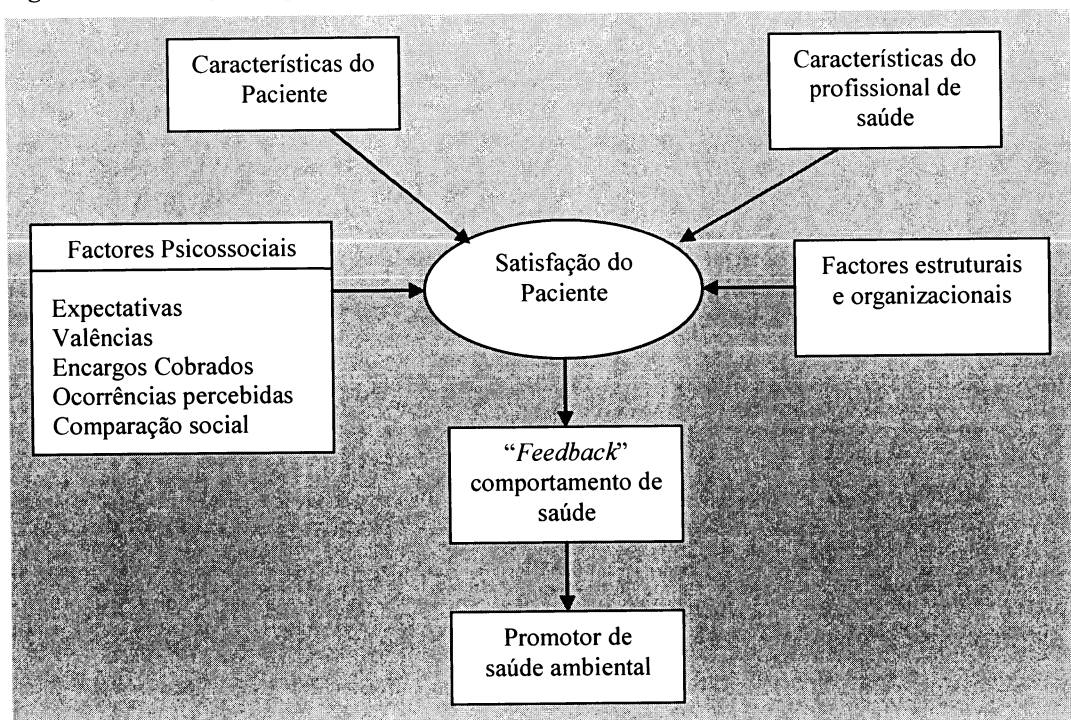
Assume-se que o conceito de satisfação do paciente se remete, essencialmente, a um conjunto de objecções, provenientes dos utilizadores dos serviços de saúde. De uma forma geral, significa que uma ou mais dimensões dos serviços de saúde existentes devem ser avaliados logo que se monitoriza a qualidade dos mesmos (Pereira *et al.*, 2001).

Apesar de a satisfação permitir perceber muitos dos comportamentos do paciente, este conceito ainda não foi explorado em todo o seu potencial. Existem áreas, como a da Psicologia, onde a discussão teórica sobre a satisfação tem sido alvo de alguma negligência (Fitzpatrick, 1997). Pascoe (cit. por Scascighini *et al.*, 2008), por seu turno, encarou com algum criticismo o facto de, no passado, a investigação da satisfação do paciente ser feita, frequentemente, sem referência a definições bem fundadas ou a modelos de Psicologia.

O carácter multidimensional do conceito de satisfação é consensual (Fritzpatrick, 1997) para a generalidade dos autores, no sentido em que apontam para a existência de uma diversidade de factores que influenciam a opinião dos pacientes acerca dos diferentes aspectos dos cuidados de saúde (Pereira, 2001).

Assim entendida, a satisfação do paciente pode ser considerado como um “*resultado*” de todo um conjunto diversificado de factores, entre os quais um é a utilização de serviços sanitários (o que significa o estabelecimento de interação com os profissionais de saúde e assumindo o papel de paciente como parte do comportamento de uso), ou como um “*input*” para uso em tal conduta, em especial alguns dos comportamentos específicos dentro da categoria comportamental "uso de serviços de saúde", como é de realizar a conformidade com as recomendações do tratamento, preventivos ou profiláticos (figura 1).

Figura 1. A satisfação do paciente como resultado e como input



Nesta linha de pensamento, Carr-Hill considera que a “ (...) *satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade*” (Franco, 2006:22). Pelo que, a satisfação do paciente constitui um conceito difícil de definir, sendo frequente não só encontrar na literatura diversas definições deste conceito, como também vários níveis de análise (Franco & Florentim, 2006). Fitzpatrick (1997) apresenta uma definição que salienta a ansiedade e incertezas ligadas à situação de doença e do apoio emocional recebido pelo paciente. Assim, a satisfação do paciente seria a “*Avaliação dos cuidados recebidos por parte do paciente, contendo estas reacções emocionais e cognitivas*” (p. 302).

No entanto, de acordo com Cleary e McNiel (cit. por Marín, 2001), podem ser consideradas nove dimensões, das quais se podem obter opiniões do paciente sobre os cuidados de saúde: (1) A arte de cuidar; (2) A qualidade técnica; (3) Acessibilidade; (4) Conveniência; (5) Financeira; (6) Ambiente físico; (7) Disponibilidade; (8) Continuidade e resultados.

Assumindo todas estas dimensões, a satisfação, segundo (Linder-Pelz, 1982, cit. por Marín, 2001), pode ser considerada basicamente como uma *atitude*, se entendemos a atitude como “uma avaliação geral ou sensação de estar a favor ou contra o objecto em questão”.

Na arte de cuidar, podem encontrar-se as competências de comunicação dos profissionais de saúde, a sensibilidade que estes profissionais demonstram face às preocupações apresentadas pelo paciente (Fitzpatrick, 1997).

A satisfação no contexto dos serviços de saúde é um conceito que está associado a um vasto conjunto de reacções que o paciente pode assumir em consequência das suas vivências nos cuidados de saúde. Segundo John (1992, cit. por Franco, 2006:22), “*a satisfação do paciente é uma resposta afectiva ou emocional dada em face da avaliação que o mesmo faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (a que o autor designa por qualidade percebida)*.” Por outro lado, Santos (cit. por Franco, 2006:22), considera que:

“a satisfação é, basicamente, uma dimensão que pode ser medida através de percepções, sendo definível enquanto resultante de uma avaliação positiva de distintas dimensões dos cuidados de saúde ou como reacção recipiente que salienta aspectos específicos dos cuidados. Esta mede a avaliação cognitiva e a reacção emocional do paciente à estrutura, ao processo e/ou ao resultado dos cuidados”.

Nesta lógica, a satisfação apresenta-se como uma atitude individual que se baseia numa avaliação de várias dimensões distintas de cuidados de saúde.

Apesar do esforço para conseguir uma definição abrangente, existe uma multiplicidade de definições, contudo, Pereira (2001:70) considera que todas derivam de uma certeza comum: “*a definição da satisfação do paciente (S) como resultado das diferenças entre as expectativas do paciente em relação aos cuidados (E) e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (P)*”. Neste sentido, a satisfação do paciente depende da capacidade de resposta dos serviços às necessidades que este espera conseguir satisfazer.

Também Fitzpatrick (1997:301) afirma que “*a satisfação pode ser encarada como o produto das discrepâncias entre as expectativas do paciente face aos cuidados e a percepção dos cuidados que de facto recebeu.*” Na perspectiva de Ferreira (2001), a eficácia dos cuidados de saúde reflecte-se, em última análise, na forma como estes satisfazem as necessidades objectivas e subjectivas dos pacientes e como influem para a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida dos mesmos.

No entanto, de acordo com este autor, não é suficiente avaliar os ganhos em saúde. Importa, também, analisar se “*(...) os serviços de cuidados primários estão a responder aos cidadãos de uma maneira que garanta a sua acessibilidade aos cuidados, a organização dos serviços, a atitude dos prestadores, a sua educação e a comunicação que estabelecem com os doentes*” (*idem, ibidem*, p.54). Nesta visão mais lata do conceito, são tidas também em conta variáveis como a ansiedade e a incerteza que a doença gera, pelo que é necessário ter em consideração o apoio emocional que o paciente recebe por parte dos profissionais de saúde (Fitzpatrick, 1997).

Segundo Ferreira (2001), a recolha de informação junto dos pacientes sobre a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, é uma ferramenta útil para os profissionais de saúde, uma vez que os resultados destes estudos poderão ser aplicados na elaboração de planos de acção, direccionados para o aperfeiçoamento dos cuidados.

Neste sentido, a aplicação dos inquéritos à satisfação dos pacientes tem por objectivo examinar com minudência qual a opinião dos doentes sobre os cuidados de saúde prestados, que desta forma não só aumenta a satisfação dos pacientes como melhora a qualidade, organização e gestão dos próprios serviços hospitalares (Fonseca *et al.*, 2000).

Jackson *et al.* (2004) defendem que a satisfação com os cuidados de saúde é considerada uma variável essencial por duas razões. Primeiro, porque sendo o paciente um “consumidor activo” dos serviços de saúde, é um direito que lhe assiste. A segunda razão prende-se com as evidências de variadas investigações, que indicam que a insatisfação com os cuidados de saúde está intimamente relacionada com a comunicação e com outras variáveis: o nível de aceitação e adesão ao tratamento, o grau de compreensão e memorização da informação facultada ao paciente, o nível de ansiedade sentido no contexto clínico, e, possivelmente, até com os resultados físicos do tratamento (Ley, cit. por Jackson *et al.*, 2004).

McIntyre e Silva (1999) reforçam com a importância de avaliar a satisfação do paciente, não só por ser um indicador muito relevante no que respeita à qualidade dos serviços, mas também porque a investigação feita na área indica uma relação muito forte entre a satisfação e vários resultados a ter em conta, sendo o mais importante a adesão à terapêutica

Os autores referem que os pacientes, cuja satisfação com os cuidados é maior, são mais susceptíveis de cumprir as prescrições médicas, manter-se com o mesmo profissional e melhorar o seu estado de saúde (Pereira, 2001).

Franco (2006) refere que a satisfação se trata não apenas de uma consequência da utilização dos serviços de saúde, mas também de uma das determinantes centrais no comportamento dos pacientes em posteriores utilizações desses serviços. Ou seja, o indivíduo mais satisfeito terá mais probabilidade de utilizar de novo o mesmo serviço *a posteriori* (Cleary, 1991, cit. por Franco, 2006).

Dada a dificuldade em estabelecer uma definição consensual e as deficiências metodológicas, que derivam da falta de confiança nos instrumentos de medição no que se refere à sua validade, sensibilidade e confiabilidade, alguns autores (Sitzia & Wood, 1997; Annadale & Hunt, 1998, Coyle & Williams, 1999) defendem que se deveria optar por focar a atenção no descontentamento do paciente, em relação aos serviços que lhe foram prestados (Ericksson & Svedlund, 2005).

Consideram que uma das vantagens mais interessantes da escolha deste conceito passa pelo facto do paciente que manifesta descontentamento fazer uma avaliação activa dos cuidados de saúde que recebeu, pelo que é de considerar que os resultados têm maior validade (Ericksson & Svedlund, 2005).

Um importante estudo feito nesta área, em Portugal, almejou aprofundar a satisfação dos pacientes relativa aos serviços de saúde da Região Norte. Para tal, foi

desenvolvido o Questionário de Avaliação e Satisfação do Paciente (QUASU), constituído por 47 itens de resposta tipo Lickert e por um item adicional de Avaliação Global da satisfação do paciente. As dimensões avaliadas por este instrumento são: Acesso, Despesas, Qualidade Técnica, Comunicação - Informação, Relações Interpessoais, Coordenação de Equipa e Avaliação Global (McIntyre & Silva, 1999).

De forma geral, os resultados dos pacientes da Região Norte de cada dimensão da satisfação do paciente foram (McIntyre & Silva, 1999):

- **Acesso** – Os aspectos que causam maior insatisfação são o tempo de espera, tanto no Centro de Saúde (C.S.) como no Hospital para ser atendido pelo médico, acesso às consultas de especialidade, e tempo de espera entre a marcação e o dia da consulta. As percentagens de maior satisfação prendem-se com a localização do C.S./Hospital, acesso ao W.C. do C.S./Hospital, aquisição de novas receitas quando as medicações findam, e horário do funcionamento do serviço de urgência no C.S./Hospital;
- **Despesas** – A maior insatisfação nesta dimensão reside no preço a pagar para adquirir a medicação;
- **Qualidade Técnica** – Todos os itens desta dimensão foram avaliadas muito positivamente pelos pacientes da Região Norte, essencialmente no que se refere à competência, cuidado/dedicação em relação aos tratamentos recebidos e frequência com que o médico tem acertado no diagnóstico;
- **Comunicação/Informação** – Os *itens* avaliados mais positivamente foram: a compreensão utilizada pelos profissionais de saúde do C.S./Hospital, a atenção que o médico fornece ao que o paciente diz durante a consulta, a atenção que o enfermeiro faculta de acordo com o que o paciente diz durante a consulta e tratamento, e a informação que os médicos do C.S./Hospital dão sobre a doença ou tratamento. A maior insatisfação reside na informação escrita sobre os serviços do C.S./Hospital, bem como sobre as explicações que os técnicos de diagnóstico fornecem sobre os exames realizados;
- **Relações interpessoais** – Nesta dimensão, os pacientes da Região Norte encontram-se bastante satisfeitos com a simpatia dos profissionais do C.S./Hospital, com a confiança sentida relativamente aos profissionais dos

mesmos, e com o respeito pela privacidade do doente por parte dos profissionais do C.S./Hospital. Os *itens* avaliados como insatisfatórios foram relativos à frequência com que o enfermeiro pergunta acerca da família ou situação de vida, e frequência com que o médico pergunta acerca da família ou situação de vida;

- **Coordenação da equipa** – A satisfação dos pacientes relativa a esta dimensão, que acontece quando existe mais do que um profissional envolvido nos seus cuidados de saúde, foi elevada.

A Satisfação nos Serviços de Radiodiagnóstico e Imagiologia

Para Wensing e Grol (1998), cit. por Ferreira (2001), um dos vários métodos de envolvimento dos pacientes na prestação de cuidados é a recolha de dados acerca da sua satisfação, no que se refere aos serviços recorridos. Este método proporciona ao paciente a imagem de que os prestadores estão empenhados em conhecer a sua opinião no sentido de melhorar a prestação de cuidados.

Ao proceder a uma avaliação dos cuidados de saúde que lhe foram prestados, o paciente emite uma opinião sobre todo um conjunto de aspectos e o impacto que estes tiveram. Neste sentido, pode considerar-se que a satisfação envolve um vasto conjunto de dimensões e condicionantes (Franco, 2006).

De acordo com o INESC – Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, a Imagiologia médica implica uma metodologia de recolha de dados, englobando a radiologia convencional, a ecografia, a tomografia axial computadorizada (TC), a ressonância magnética (RM), bem como técnicas menos conhecidas como o “*Positron Emission Tomography*” (PET) e outros.

Esta técnica é baseada na apresentação pictórica bidimensional de dados, através de uma película fotográfica. A imagem resultante deve conter o máximo de informação com valor diagnóstico possível.

Com a evolução ao nível computacional na actualidade, a informação adquirida remete para a visualização do corpo humano a três dimensões.

As novas perspectivas da Imagiologia passam pela qualidade, preço e volume, que vão ao encontro de uma maior produtividade. Quanto às necessidades do cliente, no que

respeita à qualidade, são perceptíveis ao nível do atendimento, pouco perceptíveis na área clínica e imperceptíveis na segurança e protecção radiológica.

No que respeita à parte técnica, isto é, aos equipamentos, é importante seguir as normas EURATOM, em que “*se estabelece os requisitos de protecção contra radiações na utilização médica*” – optimização, procedimentos e equipamento.

De acordo com o Boletim Informativo do Hospital de Santarém “*Viver o Hospital*”, o que se retém sobre o serviço de Imagiologia é

“Satisfazer a procura, com qualidade e eficiência, diversificando os recursos tecnológicos (...). Outros objectivos passam pela redução dos tempos de espera do Internamento e da Consulta Externa e pela melhoria das condições de trabalho, visando maiores índices de satisfação profissional. Tudo para assegurar o cumprimento da missão do Serviço, que passa por “garantir com prontidão e qualidade técnica a satisfação de necessidades de diagnóstico por imagiologia e de intervenção diagnóstica e terapêutica”.

Determinantes da satisfação dos pacientes

Linder-Pelz (cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999) defende que é crucial compreender o conceito de satisfação, para que se possa explicar porque é que determinados factores a causam e outros são causados por ela. De um modo geral, pode definir-se satisfação como um processo comparativo, baseado numa avaliação cognitiva e numa resposta afectiva, ou reacção emocional, ou seja, uma resposta a aspectos marcantes do contexto, como resultado da experiência (Pascoe, cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999).

A avaliação da satisfação dos pacientes tem estado concentrada em três áreas de actividade: pesquisas orientadas, investigação clínica, e, de um modo mais sistemático e formal, na área dos serviços de saúde, onde tem sido dada mais atenção à validade e fidelidade (Fitzpatrick, cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999).

Todavia, apesar de se avaliar frequentemente a satisfação, têm-se levantado algumas questões sobre a validade da informação trazida por esses estudos (Aharony & Strasser, Williams, cit. por Staniszewska & Ahmed, 1999).

Este conceito não é facilmente mensurável. Um instrumento que tem sido utilizado para esse efeito é o Patient Satisfaction Scale (PSS)¹. No entanto, têm sido encontradas algumas dificuldades como: a falta de informação estandardizada e psicometricamente testada, a comparação entre contextos clínicos desiguais, e a falta de concordância na importância dos resultados (Yellen *et al.*, 2002). Outro instrumento utilizado tem sido o Patient Satisfaction Questionnaire² (PSQ). Trata-se de um questionário multidimensional de auto-avaliação, sendo um instrumento válido tanto para pacientes internos como externos (Scascighini *et al.*, 2008). A fim de se conhecerem as percepções dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados recebidos, pode utilizar-se o Quality from the Patient's Perspective³ (QPP). Este questionário é composto por um conjunto de questões criadas para medir os factores das seguintes dimensões: competência médica-técnica; condições físicas-técnicas, e abordagem à orientação identitária e atmosfera socio-cultural (Muntlin *et al.*, 2006).

A natureza multidimensional da satisfação com os cuidados de saúde possibilita aos indivíduos distinguir as diferentes dimensões e avaliá-las separadamente, em termos de quão satisfeitos estão com cada uma delas (Fitzpatrick, Rubin, cit.s por Serrano-del-Rosal *et al.*, s.d.).

Segundo Franco (2006), os diversos estudos realizados sobre esta temática apontam, de forma consistente, para a relação entre o elevado grau de satisfação do paciente e as características do profissional que presta os cuidados, que subentendem a qualidade da comunicação, a empatia e os cuidados personalizados no tratamento, e as características do serviço/organização prestadora de cuidados.

Por outro lado, segundo Franco (2006:22), os estudos revelam de igual forma, que o elevado índice de satisfação “[se] traduz num maior envolvimento do paciente e em melhores resultados”.

Um estudo canadiano investigou a satisfação dos pacientes com a prestação de cuidados num serviço de urgência (Lewis & Woodside, cit. por Muntlin *et al.*, 2006). Os pacientes querem, essencialmente, tratamento básico, nomeadamente competência técnica, atitude positiva, informação, salas de espera confortáveis, privacidade e confidencialidade (Munylin *et al.*, 2006). O tempo de espera é também uma variável importante para a

¹ Escala de Satisfação do Paciente.

² Questionário de Satisfação do Paciente.

³ Qualidade da Perspectiva do Paciente.

satisfação do paciente, reforçada em múltiplos estudos internacionais (Hansagi *et al.*, Lewis & Woodside, Hostutler *et al.*, Watson *et al.*, cit. por Muntlin *et al.*, 2006).

Segundo McIntyre & Silva (1999), as investigações têm mostrado que há vários aspectos dos cuidados de saúde que influenciam as avaliações de satisfação do paciente. Roter (cit. por McIntyre & Silva, 1999) realizou uma meta - análise de 41 estudos, nos quais comparou os aspectos do comportamento dos médicos e a satisfação dos seus pacientes, constatando que o factor mais importante na satisfação do paciente era o “*fornecimento de informação por parte do profissional em relação ao seu problema e tratamento*”. Outra dimensão apurada na meta - análise foi a “*abordagem colaborativa*”, que se entende como um modo de interagir em que o profissional ouve o paciente e facilita o diálogo, visando compreender o seu problema.

Pires e Santos (1999, cit. por Franco, 2006), defendem que a qualidade dos serviços prestados e as expectativas do paciente acerca dos mesmos, são aspectos determinantes do grau de satisfação.

Para entender a dinâmica, as principais dimensões da satisfação devem merecer uma interpretação separada (Franco & Florentim, 2006). Contudo, é necessário entrar em linha de conta com outras variáveis, que podem ser determinantes na definição do nível de satisfação do paciente: a acessibilidade aos cuidados, a coordenação e continuidade dos cuidados e os custos que estes envolvem. Um estudo do Ministério da Saúde (1997) revelou que o paciente apresenta uma insatisfação em relação à componente humana do atendimento (Administração Regional de Saúde do Norte, 1999).

As classificações e as divisões das dimensões de satisfação do paciente são muito vastas. De entre as propostas que existem na literatura, a mais usual é a defendida por Ware (1981), Nelson (1989) e Goldfield (1994), que consiste na adopção de seis dimensões: (1) acessibilidade/conveniência; (2) disponibilidade; (3) continuidade dos cuidados; (4) aspectos financeiros; (5) aspectos interpessoais; (6) aspectos técnicos.

Franco e Florentim (2006) consideram que todos estes aspectos são importantes, no que respeita à avaliação do nível de satisfação dos pacientes num serviço de saúde.

Apesar de todas estas dimensões se revelarem de grande importância, as instituições devem proceder a uma avaliação do seu caso específico para determinar quais as que os pacientes atribuem maior importância. A instituição pode *dar preferência*, apenas, a alguns desses aspectos, ou mesmo apenas a um. A decisão deve ir ao encontro dos objectivos ou necessidades de informação (Franco & Florentim, 2006).

Uma falha a apontar às investigações sobre satisfação é a forma como são estruturadas, pois apresentam um “viés de gestão”, uma vez que a formulação das questões é feita pelos profissionais de saúde e investigadores, e não pelos utilizadores potenciais do serviço (Serrano-del-Rosal *et al.*, s.d.).

Satisfação e Cognição na Saúde

Das investigações que se debruçam sobre as elaborações de ordem cognitiva dos pacientes sobre o processo de saúde e de doença, ressaltam em termos de importância, as representações cognitivas construídas acerca dos profissionais de saúde e da medicina em geral (Conner & Norman, 1995, *in* Pereira, 2001).

De acordo com Fitzpatrick (1997, cit. por Pereira, 2001), a satisfação consiste na avaliação que o paciente faz dos cuidados recebidos, onde estão subjacentes reacções emocionais e cognitivas.

Para Pereira (2001), as atitudes do paciente face aos profissionais e ao sistema de saúde são construídas com base na sua avaliação pessoal, no decorrer dos diversos contactos que vai estabelecendo com estes. Segundo este autor, diversos estudos têm revelado a importância em considerar as cognições do paciente em saúde, na medida em que influem na “*qualidade da comunicação estabelecida com os profissionais de saúde* (King, 1984), no grau de confiança depositado pelos pacientes nos seus médicos (Haug, Wykle, & Nmazi, 1989), na adesão terapêutica (Horne, Weinman, & Hankins, 1977), e na sua própria satisfação”.

Neste sentido, Pereira (2001) realizou um estudo piloto de natureza exploratória acerca da satisfação do paciente e das atitudes face aos médicos e à medicina, onde pôde concluir que as atitudes face aos profissionais de saúde se encontram relacionadas com a qualidade técnica que o paciente percebe e com a qualidade das relações estabelecidas. Este estudo também revelou a importância de aspectos como a comunicação e a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Permitiu concluir que os pacientes que apresentavam maiores níveis de satisfação eram os que tinham mais atitudes positivas e uma melhor percepção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais.

A Satisfação, a Percepção de Saúde e de Tratamento, e o Estado Emocional

Os sintomas são os primeiros indicadores de situação de doença, funcionando como catalisadores para o desenvolvimento de acções como a procura de ajuda médica e a alteração de hábitos de vida. Contudo, os sintomas relatados pelos pacientes são por vezes encarados com algum cepticismo porque estes são influenciados por factores sociais e psicológicos. Alguns destes factores são as situações de ansiedade (Leventhal, Cameron & Love, 1998) e a depressão que podem potenciar situação de doença.

Outras determinantes da satisfação são a percepção que o paciente tem sobre o seu estado de saúde e o seu estado emocional. Estes dois aspectos não têm merecido por parte dos investigadores o mesmo interesse que as determinantes apresentadas anteriormente, daí que existam poucos trabalhos sobre esta matéria (Sitzia & Wood, 1997). Uma das causas apontadas para esta aparente falta de interesse em determinar o impacto da percepção da saúde e estado emocional na satisfação evidenciada pelos pacientes prende-se com a sua complexidade.

Num estudo desenvolvido por Hopton et al. (1993), numa amostra de 1599 pacientes ingleses, revelou que existe uma associação positiva entre o estado de ansiedade e a idade, tempo de espera, tempo de duração da consulta. Estes autores chegaram à conclusão de que certos níveis de ansiedade tendem a influenciar determinadas dimensões da satisfação do paciente, pelo que consideram que a ideia de que pacientes com elevados níveis de ansiedade apresentam maiores níveis de insatisfação com os cuidados de saúde que lhe foram prestados é demasiado simplista.

No que diz respeito à percepção do estado de saúde, o estudo de May (1992, cit. por Sitzia & Wood, 1997) revelou que os pacientes que apresentam uma maior apreensão quanto ao seu estado de saúde tendem a apresentar menores níveis de satisfação.

No sentido de estudar a influência destas duas determinantes na satisfação dos pacientes Jackson et al. (2004) aplicaram um questionário de satisfação com quatro dimensões (Satisfação com ambiente clínico, satisfação com interacção entre paciente e profissional de saúde, satisfação com informação disponibilizada pelo profissional de saúde e satisfação global), o Health Anxiety Questionnaire (HAQ), e o Illness Perception Questionnaire (IPQ) a uma amostra de 172 paciente não hospitalizados, com duas subamostras (pacientes com sintomas explicados e pacientes para os quais não havia explicação médica para os seus sintomas), sendo que 72 eram do serviço de Neurologia e

60 de Cardiologia. Os resultados revelaram que os pacientes apresentavam elevados níveis de satisfação nas quatro dimensões que emergiram da análise factorial.

Numa análise das características sócio - demográficas, enquanto variáveis preditivas do nível de satisfação com os serviços de saúde recebidos, este estudo revelou que as mulheres apresentavam níveis de satisfação significativamente mais elevados. Esta conclusão não está de acordo com o estudo de Hall e Dornan (1990) que não encontrou qualquer relação entre o nível de satisfação e o sexo do paciente.

Os resultados do estudo revelaram que existe uma correlação significativa entre a idade e a satisfação dos pacientes, pelo que, tendencialmente os pacientes com mais idade expressam maiores níveis de ansiedade dos que os mais novos. Neste aspecto é de referir que estes resultados estão de acordo com os que foram obtidos em outros estudos, como os de Carstairs (1970, citado por Jackson et al., 2004), Hall e Dornan (1990) e o de Williams e Calnan (1991, citado por Jakson et al., 2004). O trabalho de Al-Windi (2005), chegou à conclusão de que a idade influenciava a satisfação dos pacientes, tendo constatado que os pacientes com idade igual ou superior a 65 anos apresentavam maiores níveis de satisfação.

Ainda nas variáveis sócio - demográficas é de salientar que o trabalho de Hall e Dornan (1990) revelou que os pacientes com um nível de educação mais baixo apresentavam maiores níveis de satisfação e também encontraram associações marginalmente significativas com o estado civil (os pacientes casados apresentavam maiores níveis de satisfação). Para as variáveis etnia, rendimento familiar e dimensão da família não encontraram associações significativas com a satisfação.

No trabalho de Jackson et al. (2004), no que diz respeito à escala HAD obteve valores médios para a ansiedade de 7,8 nos pacientes com sintomas explicados e de 9,9 nos pacientes para os quais não havia uma explicação orgânica para os seus sintomas. Quanto aos valores para a subescala da depressão os valores foram de 7,4 e 5,6, respectivamente. Para o total da escala obtiveram valores de 17,3 para pacientes para os quais não havia explicação médica para os seus sintomas e de 13,4 para os outros pacientes. Em todos os casos constataram que existiam diferenças significativas entre estas duas amostras.

Na correlação que realizaram entre a percepção da doença e os diferentes níveis de satisfação obtiveram associações significativas, variando a intensidade e o sinal dessa associação entre os diferentes factores de satisfação. Verifica-se que baixos níveis de satisfação encontravam-se associados com as consequências da doença (item 1 do IPQ-B), com a percepção de que tem mais sintomas da doença (item 5) e a crença de que a doença

vai durar durante um longo período de tempo (item 2). Neste estudo também se obtiveram resultados que apontam para uma associação positiva entre a satisfação e as expectativas quanto ao impacto do tratamento na sua doença (item 4), esta associação significa que pacientes com baixo nível de esperança de que o tratamento terá efeito também apresentam menores níveis de satisfação.

A comunicação e a satisfação em saúde

Uma dimensão que contribui para a construção da satisfação do paciente com os serviços de saúde que lhe foram prestados é a comunicação que este estabelece com o profissional de saúde. Optou-se por dar um pouco mais de relevância a este aspecto não só pela importância que apresenta na literatura, mas também porque tem importantes consequências não só na interação entre profissional de saúde e paciente como pelas implicações na adesão do paciente ao processo terapêutico.

Conceito de Comunicação

A comunicação é, indubitavelmente, um princípio fundamental para se conseguir chegar até ao doente, bem como se trata de um elemento decisivo, no que respeita à terapia.

Segundo Phaneuf (2005:23),

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

É importante considerar que a comunicação implica uma reciprocidade, ou seja, uma partilha equivalente entre duas pessoas, uma autenticidade tratando-se do carácter do que é verdadeiro, e uma consumação, em que a relação é virada para a pessoa cuidada, consumida por ela (Phaneuf, 2005).

De acordo com Myerscough (1989) revela-se importante o estabelecer de uma relação de segurança e confiança para que o paciente siga os conselhos do profissional de saúde, compreenda a natureza da sua doença, aceda às recomendações especificadas e adira ao processo terapêutico que foi prescrito.

Num processo de comunicação, é de extrema relevância a acessibilidade e a abertura entre o profissional de saúde e o paciente. Se estes factores forem tidos em consideração, vão permitir que haja uma maior percepção acerca das opiniões, das “emoções e (...) sentimentos do outro” (Phaneuf, 2005:23)

A Comunicação entre o Profissional de Saúde e o Paciente

No contexto da saúde, a comunicação tem vindo a assumir-se como um aspecto cada vez mais importante na prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade.

A troca de informação entre profissionais de saúde e destes com o paciente revela-se como um dos aspectos que pode permitir uma melhoria dos cuidados prestados e na satisfação percebida pelo paciente.

Segundo Littlejohn (1998, cit. por Ribeiro, 2006), a comunicação engloba “*um conjunto organizado de variáveis que devem ser vistas holisticamente, que subentende interacção e relacionamento entre comunicadores e que envolve feedback a fim de funcionar como sistema aberto*”. Para além de funcionar como um sistema aberto também se caracteriza pela sua dinâmica.

A comunicação, apesar de ser um fenómeno inerente à própria condição humana, também é um processo que envolve uma enorme complexidade. Na comunicação podem apresentar-se problemas a três níveis: técnico, semântico e pragmático (Shannon & Weaver, cit. por Ribeiro, 2006).

No plano técnico, o problema prende-se com o grau de precisão na transmissão da comunicação. Ao nível semântico, a problemática reside na dificuldade de os símbolos transmitidos serem recebidos com o significado que o emissor deseja. O problema ao nível pragmático está relacionado com o efeito do significado percebido na conduta do receptor.

De acordo com Marín (2001) a comunicação para além de ter como função transmissão de conhecimentos (função informativa) esta também serve para estimular certos comportamentos (função promotora) e para invocar determinados sentimentos

(função evocadora), todas estas funções da comunicação exprimem-se através de dois tipos de linguagem a verbal e a não verbal. Argyle (1983), classifica três tipos de linguagens verbais: egocêntrica, ordens e instruções, e perguntas. Considera que a linguagem egocêntrica, quando utilizada, o interlocutor dirige-se a si mesmo, as de ordens e instruções têm como função persuadir ou ser autoritária, e por fim as de perguntas servem para recolher informações. Durante o acto da consulta, o médico tende a utilizar estes três tipos de linguagem verbal, mas o problema é que em alguns casos o uso que faz desta não é expressado da melhor forma.

No contexto da saúde, a troca de informação revela-se importante tanto para o paciente como para o profissional. Apesar de ser da responsabilidade do profissional de saúde fornecer as informações necessárias ao paciente, de uma forma precisa e sem ambiguidade, nem sempre tal ocorre, pelo que este se vê na contingência de adoptar estratégias para obter essa informação.

Quando se aborda a questão da comunicação em saúde, é necessário assumir que o profissional deve ter presente o quadro de representações e valores que o paciente apresenta, caso contrário, a informação que o profissional presta pode ser distorcida. Neste sentido, considera-se que a informação prestada deve ser entendida não só como conteúdo, mas também como aspectos semânticos da mensagem.

No presente trabalho, a comunicação é entendida como um processo através do qual a informação é transmitida.

A comunicação, no caso de visar um determinado objectivo, é considerada instrumental ou expressiva quando expressa emoções, sem que haja por detrás um determinado objectivo.

Em contexto de saúde, pode proceder-se à divisão do conteúdo da informação em três categorias principais: informação sensorial, temporal e de procedimento. A informação sensorial está relacionada com as experiências ao nível dos sentidos por parte do paciente, enquanto que a informação temporal tem a ver com a data de ocorrência dos acontecimentos e com a sua duração, e por último, a informação de procedimento refere-se aos diferentes aspectos do processo de transmissão de informação.

Na análise sobre o tema da comunicação entre profissional de saúde e paciente é necessário ter presente que se tratam de dois elementos com prioridades diferentes. Enquanto o paciente revela a sua experiência única sobre a doença, as suas ideias e expectativas quanto à consulta e aos tratamentos, o profissional de saúde representa a

formação académica de cariz ocidental. Ao expor a relação nestes termos torna-se perceptível que existe um desencontro entre ambos.

Para o paciente, a finalidade do recurso a profissionais de saúde passa por pedir explicações, apoio emocional, conselhos ou outras informações. Na vertente do profissional de saúde, dado que percebem os sintomas que o paciente apresenta como uma consequência de uma patologia subjacente, há uma acentuada negligência dos aspectos de ordem emocional e psicossocial.

De facto, a prioridade principal do profissional é a de fazer um diagnóstico correcto tendo em conta a sintomatologia apresentada pelo paciente, com o objectivo de prescrever um tratamento que o alivie dos sintomas.

A discrepância existente entre as representações do profissional de saúde e do paciente contribuem para explicar uma parte da sua insatisfação, quanto aos cuidados de saúde que lhe são prestados.

Grande parte dos obstáculos à comunicação centra-se nas diferenças culturais e linguísticas existentes entre os profissionais de saúde e o paciente, que resultam num “distanciamento social” (Clare, 2001). Por “distanciamento social” sustende-se através das diferenças entre o médico e o paciente, sejam estas marcadas pela idade, raça, cultura como também pelas expectativas pré-concebidas nesta relação. Um dos deveres que os profissionais de saúde devem ter é por sua própria iniciativa se autoavaliarem, para perceber se o seu comportamento está a ser determinado pelos seus preconceitos, atitudes e valores.

O facto de os médicos trabalharem com grupos multiétnicos, exige-lhe que estes se moldem em cada consulta, consoante o paciente, ou seja, estes tem de ter em atenção os valores culturais do paciente de forma a não criar susceptibilidades. Clare, (2001:20) dá o exemplo que *“os doentes de certas culturas não se sentem afectados por o médico fazer perguntas íntimas, da sua sexualidade, considerando-as como fazendo parte da rotina da entrevista geral. Contudo, os doentes de outras culturas podem concluir que, se o médico faz perguntas sobre sexualidade, é porque existem problemas sexuais.”*

O último obstáculo que existe na relação entre o médico e o paciente centra-se nas diferenças linguísticas, em que em muitos casos os significados e denominações dadas a determinadas patologias diferem do atribuído pelo paciente. Além disso, é normalmente aconselhado aos médicos que evitem gíria, eufemismos, fraseologia local, coloquialismos e abreviaturas, uma vez que nem sempre os doentes conhecem a terminologia médica.

Como tal, segundo Gask (2001) é importante que durante a consulta o profissional de saúde consiga identificar: (1) os principais sintomas do paciente e as preocupações que este tem; (2) problemas psicossociais do paciente que tenham a ver não só com o que o preocupa como a capacidade para aderir ao tratamento; (3) a doença física e/ou psicológica que pode não ser imediatamente perceptível.

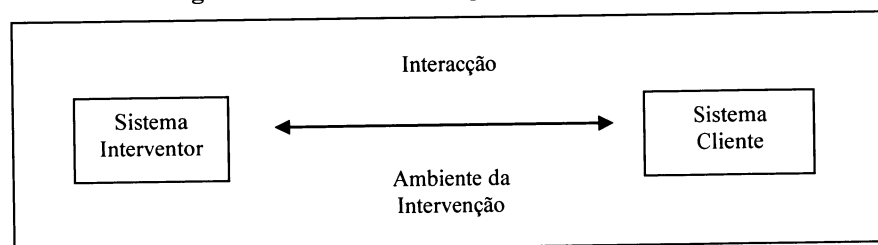
A Comunicação e a Satisfação do Paciente

Estudos realizados nesta área revelam que a avaliação do paciente, no que diz respeito aos cuidados de saúde, é influenciada por diversos factores. Roter (1989), referenciado por Pereira (2001), conclui, nas suas investigações acerca do comportamento dos médicos e a satisfação dos pacientes, que o aspecto que mais influi na satisfação do paciente consiste na prestação de informação pelo profissional, no que se refere ao problema e tratamento. Segundo Pereira (2001:70), outro factor revelado de extrema importância para a satisfação do paciente foi a “*abordagem colaborativa isto é, uma forma de interagir em que o profissional ouve o paciente, facilita o diálogo com o paciente e tenta compreender o seu problema*”.

As percepções de bem-estar psicológico e de doença variam consoante as diferentes dimensões da satisfação. Os níveis de bem-estar psicológico relacionam-se tanto com a satisfação com a saúde como com a satisfação com a informação, enquanto que as dimensões da percepção de doença têm estreita ligação com a satisfação com a saúde, e menos com a satisfação com a informação (Jackson *et al.*, 2004).

Segundo Franco (2006), a informação e a comunicação entre profissionais de saúde e família originaram diversos estudos, de entre os quais se deve destacar o de Brusher *et al.* (1994). Estes autores concluíram que a dificuldade e a insuficiência de informação estão entre as principais causas de insatisfação dos familiares dos doentes.

Figura 2. Elementos de um processo de intervenção social



Fonte: Carmo (1999:35), cit. por Ribeiro (2001:16)

Para Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001), *“o conceito de satisfação do paciente é um termo sumário que numa perspectiva teórica se refere ao leque variado de reacções do paciente à experiência dos cuidados de saúde, sendo esta objecto de estudo da Psicologia e de outras Ciências Sociais”*. Os autores supracitados referem também que *“há várias definições deste conceito mas, comum a estas concepções, é a definição da satisfação do paciente como o resultado das diferenças entre as expectativas do paciente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos.”*

No caso de Fitzpatrick (1993) e Leventhal, Zimmerman & Gutman (1984), cit. por Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001), estes consideram que *“a satisfação do paciente não só constitui um indicador importante da qualidade dos serviços como parece estar directamente relacionada com a adesão terapêutica.”*

A comunicação e a adesão ao tratamento

O modelo actual, utilizado na medicina no sentido de integrar a compreensão da doença com a experimentação da mesma, remete para três mudanças. De acordo com Moja (1998), são elas:

- **Novas tarefas para a consulta:** método centralizado no doente que incide na doença e nas principais dimensões para o doente;
- **Novas estratégias para atingir estes objectivos:** novos modelos de intervenção e de técnicas de comunicação, incentivando o doente ao diálogo aberto;
- **Novas formas de ensino e de aprendizagem:** estas medidas originam melhores resultados clínicos, que, por sua vez, proporcione uma melhor relação entre o médico e o doente, bem como uma maior satisfação.

Hespana (1987 cit. por Carraça, 1994:17) sublinha que *“a relação médico - paciente tende a horizontalizar-se, dado, por um lado, a maior proximidade dos quadros de referência e, por outro lado, a maior proximidade do direito a saúde”*, esta relação é uma construção feita a dois.

Se a relação médico - paciente estiver baseada numa relação impessoal, em que o médico utiliza relações de poder durante a consulta, demonstrando atitudes de crítica ao paciente, ao mesmo tempo que lhe tenta inculcar a sua forma de raciocínio não atendendo aos padrões culturais do paciente, este tipo de postura poderá ter as seguintes consequências:

“ -- a definição e o significado de uma situação, seja ela qual for, não depende mais do paciente, suas fantasias e angústias, - é pertença do médico;

-- estabelece-se uma relação completamente assimétrica, em que a autonomia que resta ao paciente, se perde progressivamente sendo substituída por uma dependência cujos limites é ainda o médico que define;

-- o doente, dependente, ansioso, inseguro, fica à mercê da “boa” vontade do médico, predisposto a aceitar a sua definição, já não da relação mas de toda a situação, a cura inclusive”

(Carraça;1994:19)

Pacheco (1989) assume que a questão da comunicação entre médico - paciente se trata de uma relação complexa e que está longe de ser uma relação igualitária e equilibrada, pelo facto de cada pessoa ter incorporado, na sua forma de agir e pensar, sustentada por pré-conceitos (formas de tratamento e expectativas), surge a questão relacionada com a forma como “ *o núcleo do difícil problema da relação médico - doente reside aqui: em que medida pode o médico dar resposta às necessidades próprias e inverter a relação dando-lhe uma forma que se adequa, sem no entanto, fragilizar a sua dimensão terapêutica*” (cit. por Carraça, 1994:21).

O doente, por sua vez, pela posição que o médico detém enquanto profissional de saúde pelos seus conhecimentos, opta por uma atitude passiva que somente se torna mais activa se este considerar que o médico o ignora de uma forma explícita. Ao ocorrer estas situações o doente sente violada a sua identidade, integridade, o que posteriormente se reflecte na confiança que este detém no médico para aceitar o diagnóstico e a prescrição.

Para se ultrapassar esta situação que ocorre sistematicamente nos serviços de saúde, é necessário que o próprio doente assuma a necessidade de precisar de ter cuidados médicos, atendendo que após e durante o primeiro contacto se inicia um acto relacional. O médico deve mostrar-se disponível para o ouvir o paciente, demonstrar interesse pelo que está a ser dito, numa atitude de respeito pela condição do doente, pois o primeiro impacto nesta relação é bastante importante.

Os exames complementares de diagnóstico provocam, muitas vezes, uma certa ansiedade no doente, devido ao medo do desconhecido e à falta de preocupação em escutar o doente, o que provoca insegurança no mesmo.

De acordo com Carraça (1994), o doente deve ter em conta a boa vontade e a capacidade do médico, aceitando o seu diagnóstico, bem como a sua prescrição. Já o médico, para o autor supracitado, *“pode e deve inquirir o paciente, invadir a sua privacidade, o seu corpo, em nome e a favor do doente, estabelecer um diagnóstico, um tratamento e um prognóstico.”*

Segundo Minuchin (1974, cit. por Carraça 1994:33), a família tem uma grande importância na relação com a saúde. Salienta duas funções respectivamente: *“uma função de protecção psicossocial e uma função de elaboração e partilha da sua própria cultura.”*

Para Duarte (2002), *“as reacções individuais à doença, problemas e morte não poderão ser compreendidas fora dos contextos culturais da pessoa e da organização dos serviços de saúde.”*

De acordo com Morrison (2001:123), para os doentes o tratamento é o mais importante. Segundo este autor *“é possível que os doentes encarem o papel dos enfermeiros simplesmente como o que assegura que os doentes recebam o tratamento adequado”*. Compete a este profissional de saúde esclarecer os pacientes e ser agente da evolução da prática de cuidados de enfermagem no sentido de influenciar de forma positiva a prestação de cuidados de saúde.

Para Morrison (2001), os estudos elaborados sobre o tema demonstram que é preciso haver uma evolução ao nível dos melhoramentos, quanto a prestação de informações, atitudes e juízos clínicos.

Os doentes precisam, portanto, de se sentir à vontade, precisam que médicos e enfermeiros lhe transmitam credibilidade, competência, de modo a que estes tenham confiança no seu trabalho.

Para que haja esta transmissão, Morrison (2001:125) defende que *“os formadores e os enfermeiros em exercício devem desenvolver módulos educacionais que integrem essas competências e atitudes.”*

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A metodologia consiste no meio para atingir um objectivo e compreender um conjunto de actividades sistemáticas e racionais, que permitem economizar recursos humanos e materiais, dando, ao mesmo tempo, a orientação necessária para percorrer o caminho até se alcançarem os nossos objectivos (Marconi & Lakatos, 1990).

A investigação científica deve consistir num processo de carácter sistemático, com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos. Estes, irão, de forma directa ou indirecta, influenciar a prática corrente (Burns & Grove, cit. por Fortin, 2003). Por esta razão, é importante que todo o trabalho realizado proveniente da investigação científica esteja assente numa metodologia científica, que permita uma elevada fiabilidade dos resultados obtidos.

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação empírica. Inicialmente são referenciados os objectivos do estudo, o desenho de investigação, as variáveis e as hipóteses a estudar. Segue-se a descrição da população e amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sócio – demográfica e clínica, os respectivos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados. Por fim descrevem-se os métodos estatísticos utilizados.

Objectivos do estudo

De acordo com Fortin (1999:48), qualquer investigação tem no início uma *“situação considerada como problemática, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, e por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”*. Nesta linha de pensamento estão também Quivy e Campenhoudt (2003), que consideram a problemática como o alicerce de todo o edifício da investigação científica.

Uma problemática de boa qualidade é a base para a realização de um trabalho de interesse para a comunidade científica e um contributo para a melhoria das práticas, quando este se insere no campo da saúde.

Neste sentido, este estudo tem como finalidade, investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a satisfação do paciente nos cuidados de exames de imagiologia, com vista a fornecer algumas directrizes na qualidade dos serviços prestados.

Os seus objectivos específicos são:

1. Estudar as percepções de doença e de tratamento nos pacientes do Serviço de Imagiologia;
2. Caracterizar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos pacientes do Serviço de Imagiologia;
3. Avaliar o grau de satisfação com os cuidados prestados pelo Serviço de Imagiologia;
4. Compreender de que modo as percepções de doença e o estado emocional podem influenciar o grau de satisfação dos pacientes nos cuidados prestados pelo Serviço de Imagiologia.

Desenho do estudo

No presente trabalho optou-se por desenvolver uma abordagem quantitativa, que tem como princípios básicos a medição e predição do comportamento individual ou de grupos sociais. Neste tipo de abordagem, o investigador pode proceder ao teste de teorias, determinar factos, encontrar relações entre variáveis, estabelecer generalizações e conexões (Cohen, 2003).

Pode considerar-se que o método quantitativo actua ao nível da realidade (Gurvitch, 1955), tem como objectivo fornecer dados, indicadores e tendências que sejam observáveis. Por norma, é utilizado quando se pretende abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, de forma a classificá-los e torná-los inteligíveis através de variáveis quantificáveis.

De acordo com Maroco (2003), o objectivo do estudo quantitativo são as variáveis e a informação que estas podem fornecer. Esta informação é dependente do modo como as variáveis em estudo vão ser estudadas e da qualidade dessa medição.

Tendo em vista os objectivos traçados, optamos por um estudo transversal, com uma única avaliação, com desenho correlacional, uma vez que pretendemos estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e sentido dessa mesma relação.

Nos estudos correlacionais, o investigador não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos mas apenas estabelecer previsões entre eles (Almeida & Freire, 2000). O estudo situa-se no paradigma quantitativo pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit & Hungler, 1995).

Breve Caracterização do Local da Investigação

O local escolhido para a realização desta investigação foi o Hospital Distrital de Santarém, situando-se na zona entre S. Domingos e Vale de Estacas.

O terreno para implementação do hospital tem uma área total de 48.000 m, o Hospital Distrital de Santarém comporta 484 camas, que serve para satisfazer os seus 190.000 habitantes. A construção apresenta-se em monobloco, onde as enfermarias se encontram ligadas entre si por um eixo de comunicação vertical.⁴

Para maior satisfação dos pacientes, este hospital contém como valências inerentes à urgência geral, serviços médico-cirúrgicos e de suporte, as seguintes: Consultas Externas; Hospital de Dia (com Diabetes, Infeciologia, Oncologia, e Psiquiatria); Urgências Gerais (24 horas), Laboratório (com Hematologia, Imunologia e Microbiologia); Serviços médico-cirúrgicos com as especialidades de Cardiologia (com Unidade Coronária), Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, ORL, Ortopedia, Pediatria, Pedopsiquiatria, Psicologia, Psiquiatria, Urologia; Outras especialidades e serviços de suporte, entre os quais se incluem os Serviços de Anatomia Patológica, Anestesiologia e Reanimação, Farmácia, Diagnóstico por Imagiologia (Radiologia convencional, TAC, Ecografia, Mamografia), Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Patologia Clínica, UCI⁵.

⁴ cf. <http://www.hds.min-saude.pt/>

⁵ cf. <http://www.hds.min-saude.pt/>

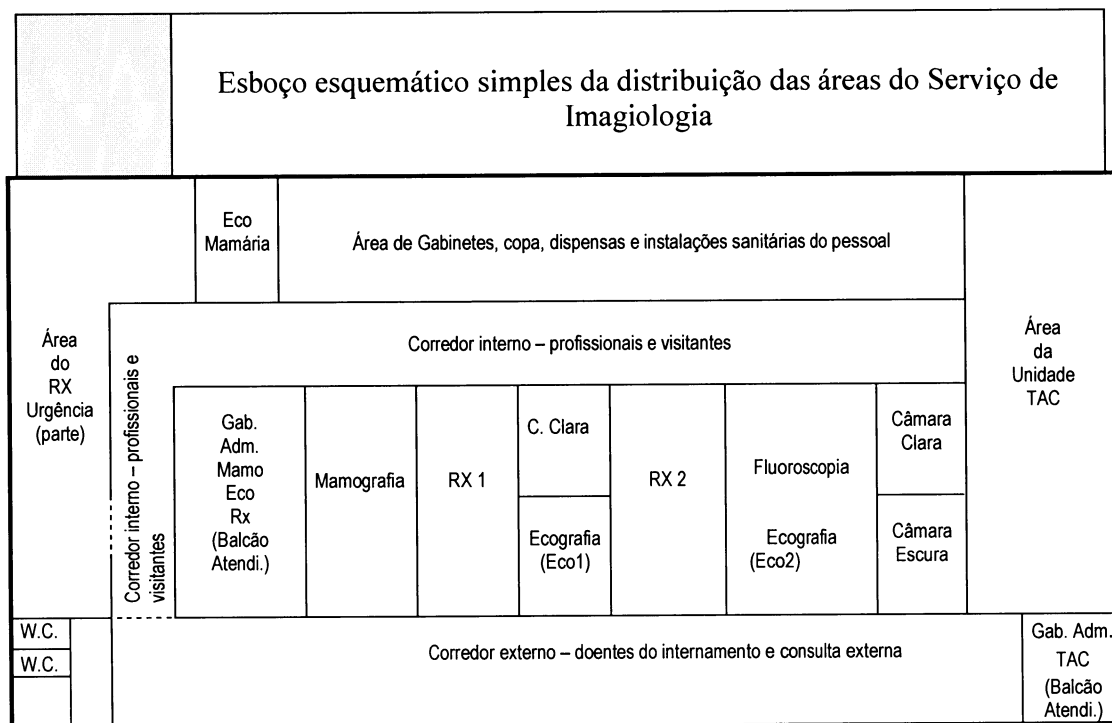
Esta unidade hospitalar dispõe, igualmente, de um gabinete de apoio ao paciente, visando atender a todo o tipo de dúvidas existentes, bem como disponibilizar uma forma de marcação de consultas através do centro de saúde por referência médica.

A missão deste centro hospitalar passa pela prestação de diversos cuidados de saúde, de forma eficiente e com qualidade, complementando-se com outros serviços, com o objectivo de agradar aos pacientes e, ao mesmo tempo, investir na motivação e satisfação dos seus profissionais, tendo em conta, sempre, valores como a qualidade, a ética, a integridade, o respeito pelos direitos individuais, a competência e a inovação. No caso particular do serviço de Imagiologia que foi onde incidiu esta investigação, é um serviço que começou a funcionar em 1985 no piso O das instalações do Hospital Distrital de Santarém.

O serviço de Imagiologia contém: a unidade de TAC (sala de exames de tomografia computadorizada, dois vestiários para doentes, sala de consola de aquisição e tratamento de imagem de telemedicina de envio de imagens; gabinete médico e técnico de diagnóstico e tratamento de imagens); seis salas de exames (duas salas de radiodiagnóstico do RX central, uma sala de fluoroscopia e ultrasonografia, uma sala de mamografia, uma sala de ecografia mamária e uma sala de ultrasonografia); duas câmaras claras/câmaras escuras (Câmara clara do RX central com revelação à luz do dia, e câmara clara / câmara escura (desactivada) de apoio aos exames de fluoroscopia); Vestiários de apoio às salas de exame (contêm dois vestiários por sala, à excepção da sala da ultrasonografia que tem somente um); uma sala (corredor) de espera para doentes, que é também o corredor externo de circulação (sala de espera para Rx central, Mamografia, Tac e ultrasonografia); instalações sanitárias para o pessoal, e outras para os doentes e os acompanhantes; dois sectores administrativos de atendimento ao público (sector administrativo do Rx central, e o do Tac), e por fim tem cinco gabinetes que se distribuem pelo gabinete da direcção, coordenação, médicos e relatórios médicos, sala de reuniões e biblioteca e técnicos de radiologia.

De acordo com a seguinte imagem estes distribuem-se no espaço da seguinte forma:

Figura 3. Esboço esquemático da distribuição das áreas do Serviço de Imagiologia



Fonte: <http://www.hds.min-saude.pt/>

Ao nível de recursos humanos, o serviço de Imagiologia contém cinquenta e seis funcionários. Destes cinquenta e seis, vinte e dois são técnicos de radiologia, doze médicos radiologistas, dois enfermeiros, catorze auxiliares e seis assistentes administrativas.

Os serviços prestados por esta unidade são a radiologia convencional, a radiologia convencional especial com contraste, a tomografia axial computadorizada, a ultrasonografia / ecografia, e a mamografia.

Variáveis em estudo

Num estudo correlacional, as variáveis estão relacionadas essencialmente com as dimensões avaliadas do comportamento, ou com o(s) traço(s) a avaliar (Almeida & Freire, 2000). Neste estudo temos como variáveis principais:

Variáveis preditoras:

- Percepções de doença e de tratamento: consequências, duração (aguda/crónica), controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão da doença e emoções;

- Estado emocional: ansiedade e depressão.

Variáveis de resultado:

- Satisfação com os cuidados de saúde: ambiente clínico, interação entre técnico de saúde e doente, informação comunicada e satisfação global.

Variáveis de atributo, que incluem as variáveis sócio – demográficas e clínicas:

- Idade / Três grupos etários: até 34 anos, 35 a 64 anos, e mais de 64 anos;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Situação profissional;
- Proveniência do paciente: Consulta Externa e Internamento;
- Referência clínica do paciente: valência médica da consulta e do internamento;
- Modalidade do exame de Imagiologia.

Hipóteses

1. Hipótese 1: Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de satisfação com os cuidados;
2. Hipótese 2: A relação entre as Percepções de doença e a Satisfação com os cuidados é mediada ou moderada pelo estado emocional;
3. Hipótese 3: As percepções de doença e de tratamento influenciam, de forma significativa, o grau de satisfação dos pacientes.

As análises exploratórias pretendem investigar a influência das variáveis sócio – demográficas nas variáveis psicossociais estudadas, nomeadamente na percepção de doença, no estado emocional (ansiedade e depressão), sobre a satisfação com os cuidados prestados.

População e amostra

Segundo Fortin (2003:41),

“A população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são defendidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. (...) Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura, da população alvo”.

Por população entende-se o conjunto de seres que apresentam pelo menos uma característica em comum (Marconi & Lakatos, 1990), ou seja, é um conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (Carmo & Ferreira, 1998).

A população alvo refere-se à população que se pretende estudar e para a qual se pretende proceder a generalizações (Fortin, 1999). Esta deve ser definida de uma forma muito precisa e sem ambiguidade (Coelho, 2004).

A amostra, como nos refere Fortin (1999), é um subconjunto de uma população que corresponde, segundo Carmo e Ferreira (1998), à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população. Com este processo, a população é representada de um modo simplificado, preservando as suas principais características.

No presente estudo, a população em análise são os pacientes que realizaram exames complementares de diagnóstico em radiologia e Imagiologia. A amostra corresponde aos pacientes que realizaram estes exames numa unidade hospitalar da zona centro do país (Vale do Tejo).

O método de amostragem escolhido foi a não probabilística ou não aleatória. Segundo Maroco (2003), este tipo de amostragem a probabilidade de um elemento da população em estudo passar a fazer parte da amostra não é idêntica à dos restantes elementos. De entre os diferentes tipos de métodos de amostragem não aleatória optou-se por uma amostragem por conveniência. De acordo com o autor supracitado (2003:21), *“neste tipo de amostra os elementos são seleccionados pela sua conveniência (...), por voluntariado, ou ainda acidentalmente”*, por apresentar baixo custo em termos de tempo e financeiros.

Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha dos dados, tendo em conta os objectivos a que este trabalho se propõe, considerou-se que a melhor opção passaria pela aplicação do inquérito por questionário.

Um questionário é entendido como um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença de um entrevistador (Hill & Hill, 2000). Segundo Fortin (1999), o questionário é um dos instrumentos de colheita de dados que necessitam dar respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.

Nas perguntas com resposta por escala de Likert, segundo Ghigkione e Matalon (1993), o método proposto por Likert consiste em utilizar uma medida provisória de atitude, tomando como estimativa o número de respostas favoráveis.

No presente estudo, como instrumentos de medida, foram adoptados três questionários: Instrumento de satisfação – “*Questionário de Satisfação nos Cuidados de Saúde em Imagiologia*”; Instrumento de percepção da saúde – “*IPQ-R*” (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006); Instrumento de angústia emocional (ansiedade e depressão) – “*HADS*” *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de McIntyre, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999).

Questionário Sócio – Demográfico e Clínico

O questionário sobre dados sócio - demográficos e clínico é composto por três questões sobre a área clínica e quatro questões relacionadas com os dados sócio - demográficos. No que diz respeito às questões do foro clínico foi perguntado aos participantes neste estudo: qual a especialidade que o enviou para o RX/TAC; para que exame de diagnóstico pelo qual foi enviado e se foi por via da consulta externa ou do internamento.

Dos dados sócio - demográficos considerou-se pertinentes recolher dados sobre o sexo, a idade, habilitações literárias e a situações profissional em que se encontra.

Questionário de Satisfação nos Cuidados de Saúde em Imagiologia (QSCSI)

Para medir a satisfação nos cuidados de saúde em Imagiologia considerou-se pertinente a elaboração de um instrumento específico para este estudo que estivesse focalizado na interacção clínica com o atendimento específico envolvido (tipo de exame). A medida foi projectada para promover uma contagem de satisfação global, mas explicitamente procurando distinguir as seguintes dimensões: satisfação com o conteúdo e o estilo de comunicação ou informação comunicada entre técnico de diagnóstico e paciente; satisfação com a informação escrita comunicada, satisfação com o ambiente clínico, e satisfação com o estado de saúde e percepção da doença.

Este questionário foi elaborado porque nenhum instrumento publicado parecia satisfazer as exigências de ser específico para cuidados de saúde em Imagiologia, mas reconhecendo as anteriores estruturas dimensionais, e adaptado de um número apropriado de questões para maximizar aceitabilidade e facilidade de uso.

As questões escolhidas para este questionário tiveram como base de princípio e de intenção outros questionários de satisfação já aplicados por investigadores em estudos sobre satisfação, e já sujeitos a testes de validade e confiança, designadamente três questionários de satisfação: *The Satisfaction Questionnaire* (Jackson et al., 2004), o *Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente – (QUASU-HOSP)* (McIntyre et al., 2000), e o *Inquérito de Satisfação* (Ribeiro, 2001).

O questionário de satisfação nos cuidados de saúde em Imagiologia é composto por vinte e uma questões fechadas, divididas em quatro subcategorias, e duas questões abertas e facultativas.

As questões fechadas de resposta directa (vinte e uma) estão organizadas em quatro subcategorias: a primeira subcategoria caracteriza o grau de satisfação relacionado com o ambiente clínico (questões 1 a 8), a segunda subcategoria caracteriza o grau de satisfação relacionado com a interacção entre o técnico de saúde e o doente (questões 9 a 12), a terceira subcategoria caracteriza o grau de satisfação relacionado com a informação comunicada ao doente (questões 13 a 16), e a quarta subcategoria caracteriza o grau de satisfação global (questões 17 a 21). Estas questões são perguntas de escala de Likert. As perguntas com resposta por escala de Likert, segundo Ghigkione e Matalon (1993), consistem em utilizar uma medida provisória de atitude, tomando como estimativa o número de respostas favoráveis.

Nestes blocos de perguntas, a possibilidade de resposta é composta por cinco posições, cuja contagem varia entre cinco valores (1 a 5), atribuídos às cinco respostas possíveis: 5 = muito satisfeito, 4 = satisfeito, 3 = nem satisfeito nem insatisfeito, 2 = insatisfeito e 1 = muito insatisfeito. As vinte e uma contagens são somadas para derivar uma contagem de satisfação total, pelo que contagens mais altas indicam maior satisfação. Pretende-se, deste modo, perceber como é que o paciente percebe o atendimento que lhe foi dispensado, bem como a sua posição face ao exame que efectuou.

Após a construção do questionário foi aplicado um pré-teste, para assegurar que as perguntas deste instrumento são explícitas e as respostas permitirão obter informações viáveis e conclusivas. Um pré-teste implica a aplicação de um questionário, na sua versão preliminar, a uma amostra de indivíduos, com o objectivo de identificar as possíveis falhas que se verifiquem nas perguntas redigidas (Hill & Hill, 2000).

No que se refere às falhas, estas podem evidenciar: (1) Inconsistência ou complexidade das questões; (2) Ambiguidade ou linguagem inacessível; (3) Perguntas supérfluas ou que causam constrangimento ao sujeito que responde ao questionário; (4) Se as questões obedecem a determinada ordem ou se são muito numerosas.

No caso de serem encontradas falhas, deve proceder-se às reformulações necessárias no questionário, de forma a conservar, modificar, ampliar ou eliminar alguns itens, para que fiquem mais explícitos (Hill & Hill, 2000).

Como refere Fortin (1999), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada. Esta amostra deve estar compreendida entre 10 e os 30 indivíduos.

O pré-teste permite verificar três elementos importantes: (1) Fidedignidade: Qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados; (2) Validade: Os dados recolhidos são necessários à pesquisa; (3) Operatividade: Vocabulário acessível e significado claro (Hill & Hill, 2000).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi elaborada por Zigmond e Snaith (1983) com o intuito de auxiliar os clínicos na identificação e reconhecimento de componentes emocionais (ansiedade e depressão) que podem estar associadas à doença que o paciente tem. A detecção e análise destes componentes podem contribuir para

implementar medidas que limitem o stress relacionado com a doença, evitar erros de diagnóstico e diminuir o tempo de recuperação (Ribeiro, 2007). Houve a preocupação de escolher itens que não reflectissem a doença física actual do inquirido. Trata-se de um instrumento de grande utilidade no rastreio ansiedade e de depressão.

Por norma, é utilizada para avaliar a ansiedade e a depressão em pacientes que se encontram em contexto hospitalar (Ribeiro, 2007). São 14 os itens que são respondidos numa escala ordinal de quatro posições (0- baixo a 3 - Elevado), devendo o inquirido escolher a situação que mais se adequa com o que tem sentido na última semana. A HADS é composta por duas subescalas, referentes às suas duas dimensões Ansiedade e Depressão, com sete itens cada uma. Os itens que constituem a subescala Ansiedade são 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13, porquanto que a subescala Depressão é composta pelos restantes itens, ou seja, 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14. O valor para cada uma destas subescalas pode variar entre 0 e 21.

Os valores normativos que são adoptados para classificar os níveis de ansiedade e depressão são: 0 a 7 normal; 8 a 10 leve; 11 a 14 moderada; 15 a 21 severa. Daqui se depreende que o ponto de corte entre a existência ou ausência de ansiedade e de depressão se situa em 8.

Ao contrário do que acontece em outros instrumentos de medição da ansiedade e da depressão (caso do Beck Depression Inventory) que foram desenvolvidos num contexto psiquiátrico, a HADS permite proceder a avaliação de situações de depressão e ansiedade de níveis mais leves em pacientes com doença física (Sousa & Pereira, 2008). Um outro aspecto que assume grande relevância é o facto desta escala não incluir itens que reportem para aspectos somáticos, o que se revela adequado em pacientes que apresentam uma patologia que não é mental. Segundo Zigmond e Snaith (1983), os itens da escala de ansiedade possibilitam avaliar um estado de ansiedade generalizado, enquanto os itens da escala de depressão reflectem um estado de anedonia (um indicador do humor depressivo), que, segundo Herrmann (1977) permite uma maior sensibilidade para níveis baixos de depressão (Fernandes, 2009).

No que concerne as suas características psicométricas, apesar de estudos como os Anderson (1993), Lewis (1991) e de Martin e Thompson (2000) apresentarem estruturas factoriais diferentes das duas encontradas pelos autores da HADS, verifica-se que outros estudos corroboram a solução inicial por dois factores, como é o caso de Moorey et al. (1991), Smith et al. (2002), Roberts et al. (2002) e encontram elevada correlação entre os mesmos (Sousa & Pereira, 2008).

De acordo com Friedman et al. (2001), os dados que encontraram no seu estudo realizado em 2669 pacientes, dão suporte à utilização de uma HADS com uma estrutura composta por três dimensões, representada pelas subescalas depressão, ansiedade psíquica e agitação psicomotora (Fernandes, 2009).

Quanto à consistência interna, aferida através do alfa de Cronbach, o estudo de Moorey et al. (1991) encontrou valores de 0,93 para a subescala Ansiedade e de 0,90 para a subescala Depressão, enquanto que em Smith et al. (2002) os valores eram de 0,83 e 0,79, respectivamente (Sousa & Pereira, 2008). Daqui se conclui que nestes estudos a consistência interna encontrada é elevada.

No que diz respeito à fidelidade teste-reteste demonstraram a uma elevada fidelidade deste instrumento (Sousa & Pereira, 2008).

No que diz respeito à versão portuguesa para esta escala, esta foi estudada em 1331 pacientes que tinham doenças como cancro (mama, ovário e útero), acidentes vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo II, doença cardíaca coronária, obesidade e um grupo de doenças como controlo (Ribeiro, 2007). Nos estudos realizados por Pais-Ribeiro et al. (2007), Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) e Sousa e Pereira (2008), os resultados apresentam valores muito semelhantes aos que foram obtidos para a versão original (Sousa & Pereira, 2008). No caso do estudo de Sousa e Pereira (2008) os valores da consistência interna, quando medida pelo alfa de Cronbach, foram de 0,81 para a Depressão e de 0,78 na subescala de Ansiedade, semelhantes aos encontrados por Fernandes (2009) que foram de 0,81 e 0,75, respectivamente.

Também no estudo de McIntyre et al. (2004), realizado em paciente de pós-enfarte do miocárdio, foram encontrados dois factores e obtidos valores elevados para a consistência interna, com 0,85 e 0,81 para a Ansiedade e Depressão, respectivamente. Segundo estes autores, as características psicométricas nesta amostra portuguesa revela uma boa fidelidade da escala instrumento (Fernandes, 2009).

Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B)

O *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) foi desenvolvido por Weiman et al. (1996) para permitir avaliar, em termos quantitativos, as componentes das representações de doença do modelo de auto-regulação de Leventhal: identidade (número e natureza dos sintomas da doença); consequências (crença que o paciente tem sobre a severidade e os efeitos que a doença tem na sua vida), duração (o tempo de duração que o paciente

considera que a sua doença vai durar), controlo ou cura (relacionado com as expectativas que o paciente apresenta quanto à sua recuperação e ao controlo que tem sobre a doença); causas (quais são os aspectos que o paciente consideram ser responsáveis pela doença) (Fernandes, 2009).

Moss-Morris et al. (2003) procederam a uma revisão desta escala alargando o número de itens que a compunha e dividindo a dimensão controlo em controlo pessoal e controlo através do tratamento (Fernandes, 2009). O Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) é composto por 80 itens distribuídos por 9 subescalas, em três secções: a primeira avalia a identidade da doença (14 sintomas, com resposta Sim/Não); a segunda com 38 itens avaliam a duração (aguda/crónica), as consequências, o controlo pessoal e do tratamento, a coerência da doença, a sua representação emocional (todas avaliadas pelo inquirido de 1 a 5); a terceira avalia a causa das doenças, incluindo 18 causas possíveis com possibilidade de resposta ordinal de 5 pontos (Ribeiro, 2007).

Trata-se de um questionário extenso, requer algum tempo para o seu preenchimento e que pode ser de difícil aplicação quanto em presença de participantes bastante debilitados ou com capacidade ao nível da escrita e da leitura diminuídas (Fernandes, 2009).

Em vista a obviar estes aspectos menos favoráveis Broadbent, Petrie e Weinman (2006), desenvolveram, a partir do IPQ-R, o Brief Illness Perception Questionary (IPQ-B) constituído por nove itens. Esta solução permite a aplicação do questionário a uma maior diversidade de pacientes e apresenta benefícios quando utilizado em medidas repetidas.

Estes nove itens foram obtidos a partir das subescalas do IPQ-R e descrevem o conteúdo destas, permitindo avaliar as representações emocionais e cognitivas da doença (Broadbent, Petrie & Weinman, 2006). Tem-se que o item 1 refere-se às consequências, item 2 à duração, item 3 ao controlo pessoal, o item 4 corresponde ao controlo tratamento, o item 5 à identidade, o item 6 refere-se à preocupação, o item 7 tem a ver com a compreensão da doença, por último, o item 8 está relacionado com as emoções.

Daqui se depreende que cinco dos itens têm a ver com a avaliação das representações cognitivas da doença (itens 1, 2, 3, 4 e 5); dois itens avaliam as representações emocionais (item 6 e 8); um corresponde à avaliação da compreensão da doença (item 7). Todos os itens têm uma escala de resposta de 0 a 10, em que valores mais elevados correspondem a uma maior valorização da respectiva dimensão (Devcich et al., 2008).

A avaliação das representações causais obtida através de uma questão aberta, onde o paciente é questionado sobre as três causas mais importantes para a sua doença não foi considerada no presente estudo.

Questões éticas e deontológicas

No processo de elaboração de um trabalho científico com as características que este apresenta não podem ser descurados os princípios éticos.

Os princípios considerados encontram-se referidos no Código de Nuremberga (1947), na Declaração de Helsínquia que foi aprovada na 18ª assembleia da Organização Mundial de Saúde (1964).

Ao longo da elaboração deste projecto de investigação, houve a preocupação em assegurar o direito à intimidade, a um tratamento justo e equitativo, informação sobre os objectivos do trabalho, direito ao anonimato e confidencialidade, à autodeterminação e à protecção contra o desconforto e o prejuízo, aos participantes no estudo.

No direito à intimidade é importante considerar que o participante no estudo tem total liberdade de decidir sobre a extensão da informação que pretende disponibilizar para o estudo em causa.

No direito a um tratamento justo e equitativo reporta para a necessidade de fornecer ao participante informações sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, bem como os métodos a serem aplicados.

O direito ao anonimato e à confidencialidade confere ao participante a garantia de que os resultados apresentados sê-lo-ão para que nenhum dos participantes possa ser reconhecido. Não será feita a divulgação ou partilha de dados pessoais sem autorização expressa dos indivíduos em causa.

No presente estudo foi garantido também o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, pelo que todos os sujeitos participantes nesta investigação devem ser protegidos de qualquer dano físico ou psicológico.

Quanto ao direito à autodeterminação, foi dado aos sujeitos abordados para a participação no estudo o direito a decidir de forma livre sobre a sua participação ou não nesta investigação e a possibilidade de cessarem a sua participação em qualquer momento.

Tratamento estatístico e análise dos dados

Num estudo onde se pretenda fazer uma análise de uma amostra, por norma, começa-se pela utilização de estatísticas descritivas. Estas permitem descrever as suas principais características (Fortin, 1999).

- **Análise de estatística descritiva**

Os dados serão analisados através da Análise de Estatística Descritiva para as questões sócio - demográficas que revelam as principais características dos participantes na amostra. Esta análise será apresentada através de frequências relativas e absolutas, com recurso a gráficos e tabelas.

Também a análise qualitativa das perguntas 22 e 23 do questionário de satisfação de cuidados de imagiologia, de carácter aberto, será apresentada através de frequências relativas e absolutas, com recurso a gráficos e tabelas, organizada com os registos das respostas por categorias.

- **Análise factorial**

A análise factorial deve ser integrada nas denominadas técnicas de interdependência, expressão que deve a sua designação ao facto de não se proceder à definição de variáveis dependentes e independentes, pois são todas analisadas de forma conjunta (Leal, 1999). De acordo com Gageiro & Pestana (2004), a análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas usadas para a identificação de um pequeno conjunto de factores (não observáveis) que podem ser utilizados na representação das relações entre dois conjuntos de variáveis inter-relacionadas.

Neste sentido, na optica de Bryman & Cramer, cit. por Leal (1999), este tipo de análise tem como principais objectivos:

- O primeiro objectivo passa por proceder a uma análise de questionários que permite medir até que ponto as questões utilizadas estão a medir o mesmo conceito;

- O segundo objectivo passa pela redução de dados, identifica novas variáveis, em número menor ao inicial, sem que haja uma perda significativa de informação;
- O terceiro tipo de utilização deste tipo de análise consiste na tentativa de dar sentido a um conjunto mais reduzido de factores, ou seja, identificar uma estrutura subjacente a um dado conjunto de variáveis.

A análise factorial pode assumir um carácter exploratório ou confirmatório. No primeiro caso, não existe um modelo pré-definido, antes se procura encontrar relações entre as diferentes variáveis em estudo.

Na análise de carácter confirmatório, parte-se de um modelo que relaciona um determinado conjunto de factores. Nestes casos, a análise dos dados apresenta como objectivo confirmar se o modelo em consideração se adequa às variáveis em estudo. De acordo com Leal (1999, p. 90), “*Investigadores muito conceituados, como Nunnally & Bernstein (1994), embora distingam o tipo confirmatório e exploratório, defendem que esta distinção constitui um contínuo e não uma brusca dicotomia*”. No presente trabalho será feita uma análise factorial exploratória.

A análise factorial tem o pressuposto de que existem factores subjacentes a um dado conjunto de variáveis, que podem ser utilizados para explicar um fenómeno complexo. Para que esta análise seja aplicável é necessário que as variáveis apresentem correlações elevadas entre si, o que resulta do facto de partilharem factores.

Após serem encontrados os factores relevantes na comunicação e satisfação dos pacientes, serão realizados testes para determinar quais as características que os condicionam.

Para o processamento dos dados e tratamento estatístico dos mesmos será utilizado o programa informático SPSS versão 16.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O interesse ao desenvolver este estudo partiu do entendimento sobre a importância da satisfação do cliente para a integração destes mesmos e, por sua vez, para a sobrevivência das organizações no mercado, mais concretamente dos serviços de saúde. Assim, a partir da estrutura teórica deste trabalho partiu-se para um estudo directo com os utentes do Serviço de Imagiologia do Hospital Distrital de Santarém, que são submetidos a exames de imagiologia (radiodiagnóstico geral e especial, ecografia, mamografia e tac), no que respeita às instalações e ao seu modo de funcionamento, ao atendimento pelo pessoal técnico de saúde e administrativos, à informação comunicada ao paciente, e à percepção sobre a sua doença e tratamento, considerando a necessidade de esta estrutura se tornar mais competitiva melhorando a qualidade no atendimento, e, com isso, aumentando o nível de satisfação dos utentes.

A busca pela satisfação de seus utentes e a oportunidade de desenvolver um estudo académico neste mesmo serviço, demonstrou o interesse dos profissionais de saúde bem como dos pacientes em compreender a importância de um diferencial no atendimento, partindo do princípio de que somente permanecem no mercado as organizações que identificam as necessidades e desejos de seus clientes e oferecem o que estes buscam, a preços acessíveis e qualidade no atendimento.

O objectivo da pesquisa foi avaliar a satisfação dos clientes para identificar se estes estão satisfeitos com os produtos, atendimentos e serviços de Imagiologia do hospital.

Apresentação dos resultados

Caracterização Sócio Demográfica e clínica da amostra

A presente amostra é composta maioritariamente por mulheres que representam 55,6% dos participantes.

Tabela 2. Distribuição da amostra por sexo

	N.º	Percentagem
Feminino	40	55,6
Masculino	32	44,4
Total	72	100,0

No que diz respeito à idade dos pacientes verifica-se que a maioria tem entre 35 e 64 anos (56,9%), porquanto que os que têm mais de 64 anos representam 30,6% e os restantes 12,5% têm menos de 35 anos.

Tabela 3. Distribuição da amostra por idade

	N.º	Percentagem
< 35 anos	9	12,5
35 - 64	41	56,9
> 64 anos	22	30,6
Total	72	100,0

Quanto às habilitações académicas verifica-se que a maioria dos pacientes (69,4%) tem apenas o ensino básico. A seguir tem-se os pacientes que possuem o ensino superior com 11,1%, o que têm o ensino secundário 9,7%. Pacientes sem formação literária tem-se 4,2% dos indivíduos participantes na amostra, e 5,6% apesar de não possuírem um nível escolar sabem ler e escrever.

Tabela 4. Distribuição da amostra por habilitações literárias

	N.º	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	3	4,2
Sabe ler e escrever	4	5,6
Ensino Básico	50	69,4%
Secundário	7	9,7
Ensino Superior	8	11,1
Total	72	100,0

Quanto à situação profissional dos pacientes a maioria dos pacientes encontra-se ainda na vida activa, sendo 30,6% trabalha por conta de outrem em empresas privadas e 8,3% são funcionários públicos. Trabalhadores por conta própria são 4,2%. É de registar também uma levada percentagem de pacientes que se encontram numa situação de reformado, e de facto 38,9% dos pacientes encontram-se nesta situação. Esta amostra também é composta por estudantes (5,6%) e domésticas (4,2%).

Tabela 5. Distribuição da amostra por situação profissional

	N	Percentagem
Trabalhador por conta própria	3	4,2
Conta de outrem - Empresa Pública	4	5,6
Conta de outrem - Empresa Privada	22	30,6
Conta de outrem - Funcionário público	6	8,3
Desempregado	2	2,8
Reformado	28	38,9
Doméstica	3	4,2
Estudante	4	5,6
Total	72	100,0

A maioria dos pacientes eram provenientes de internamento, 39 dos pacientes vieram por esta via, o que corresponde a uma percentagem de 54,2%, porquanto que os restantes 45,8% vierem por via de uma consulta externa. Na tabela que a seguir se apresenta verifica-se a distribuição de cada uma das variáveis sócio - demográficas apresentadas por cada uma das vias através das quais os pacientes vierem ao serviço de Imagiologia.

Para o sexo e grupo etário não se verifica qualquer tipo de relação com o canal através do qual os pacientes foram encaminhados para este serviço ($p > 0,005$), e para os casos das habilitações literárias e da situação profissional o teste de independência não se pode aplicar porque não se encontravam reunidos os seus pressupostos.

Tabela 6. Distribuição das variáveis sócio - demográficas por consulta externa e internamento

		Consulta Externa (n = 33 ⇔ 45,8 %)	Internamento (n = 39 ⇔ 54,2 %)	teste
Sexo	Feminino	20 (62,5 %)	25 (64,1 %)	$\chi^2_{(1)}=0,000^{n.s.}$
	Masculino	12 (37,5 %)	14 (35,9 %)	
Grupo etário	< 35 anos	4 (12,1%)	5 (12,8%)	$\chi^2_{(1)}=0,013^{n.s.}$
	35 – 64 anos	19 (57,6%)	22 (56,4%)	
	> 64 anos	10 (30,3%)	12 (30,8%)	
Habilitações	Não sabe ler nem escrever	2 (6,1%)	1 (2,6%)	n.a.
	Sabe ler e escrever	1 (3,0%)	3 (7,7%)	
	Ensino básico	24 (72,7%)	26 (66,7%)	
	Ensino secundário	3 (9,1%)	4 (10,3%)	
	Ensino universitário	3 (9,1)	5 (12,9)	
Situação profissional	Trabalhador por conta própria	2 (6,1%)	1 (2,6%)	n.a.
	Trabalhador por conta de outrem	14 (42,4%)	18 (46,1%)	
	Desempregado	2 (6,1%)	0 (0%)	
	Reformado, pensionista	13(39,4%)	15 (38,5%)	
	Doméstica	0 (0%)	3 (7,7%)	
	Estudante	2 (6,1%)	2 (5,1%)	

Os pacientes que se deslocaram ao serviço fizeram-no, na sua maioria (48,6%), para proceder a um radiodiagnóstico geral. Também se verifica que uma elevada percentagem (25%) o fez para realizar ecografias. Em percentagens mais reduzidas tem-se as situações de TAC (11,1%), Radiodiagnóstico Especial (8,3%) e Mamografia (6,9%)

Tabela 7. Distribuição da amostra por Exame

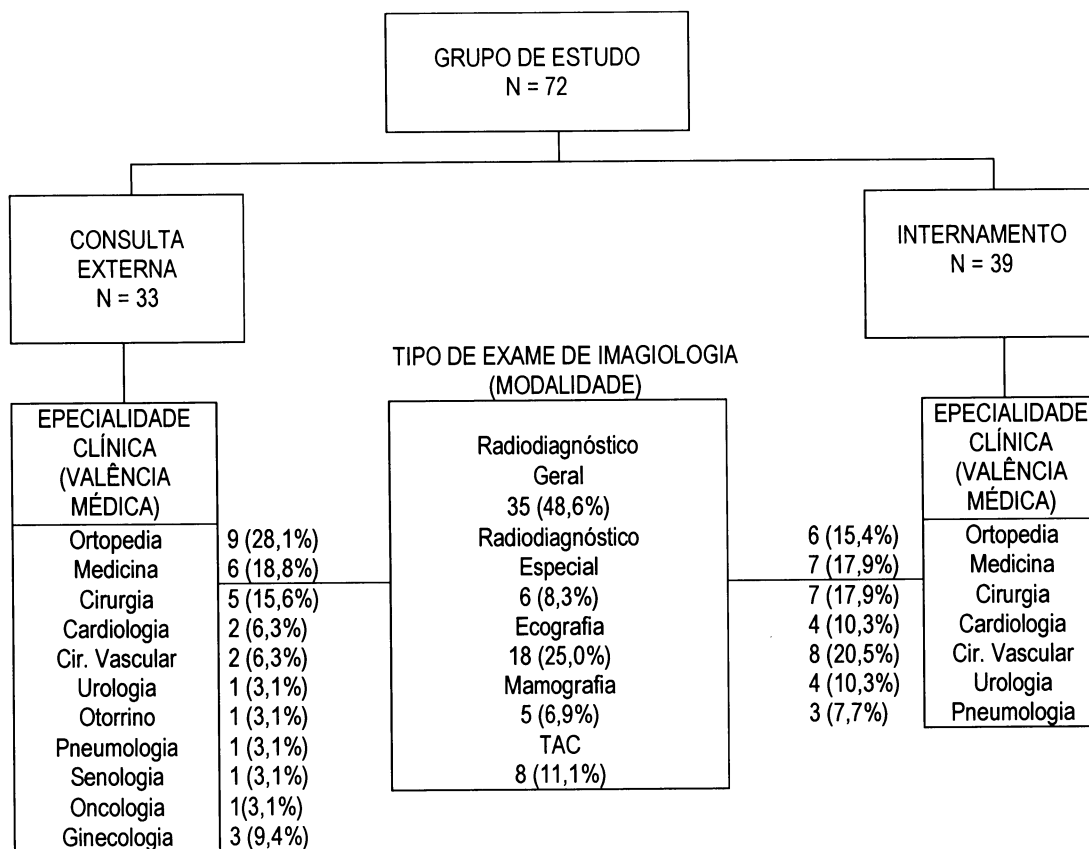
	N.º	Percentagem
Radiodiagnóstico especial	6	8,3
Radiodiagnóstico Geral	35	48,6
TAC	8	11,1
Ecografia	18	25,0
Mamografia	5	6,9
Total	72	100,0

Na distribuição por serviços verifica-se que os serviços que mais pacientes enviaram para a Imagiologia foram os de Ortopedia (20,8%), Medicina (18,1%) e Cirurgia (16,7%).

Tabela 8. Distribuição da amostra por serviços

	N.º	Percentagem
Cardiologia	6	8,3
Cirurgia	12	16,7
Medicina	13	18,1
Ortopedia	15	20,8
Urologia	5	6,9
Cirurgia Vasculuar	10	13,9
Outros	10	13,8
NR	1	1,4
Total	72	100,0

Figura 4. Distribuição do tipo de exame de Imagiologia e especialidade clínica pelas duas subamostras de consulta externa e internamento



Questionário de Satisfação nos Cuidados de Saúde em Imagiologia (QSCSI)

Da análise aos valores obtidos na dimensão da satisfação com o ambiente clínico verifica-se que os pacientes se encontram satisfeitos com os serviços de atendimento e qualidade das instalações. Uma maioria de 69% revelou estar satisfeito, enquanto que 13,9% considera estar mesmo muito satisfeito. Apenas 10,2% revela a sua insatisfação e 14,9% revela não estar nem satisfeito nem insatisfeito.

Numa análise individual aos itens que compõem esta subescala verifica-se que onde os pacientes revelam maior nível de satisfação é com “*O respeito pela minha privacidade no Serviço de Imagiologia / TAC*” (item 8), com 98,6% dos pacientes a fazer uma avaliação positiva deste aspecto da prestação de cuidados de saúde que receberam nesta unidade hospitalar.

No extremo oposto, ou seja, onde existe um maior descontentamento é no item “*O conforto da sala de espera e das instalações do Serviço de Imagiologia (decoração, comodidade, limpeza, temperatura, ruído, iluminação)*” (item 6), com 32% dos pacientes a fazerem uma avaliação negativa das condições que encontraram na sala de espera. Neste aspecto 34,7% fazem uma avaliação positiva e os restantes 33,3% optaram por uma avaliação neutra.

Os restantes itens que compõem esta dimensão também apresentaram avaliações, por parte dos pacientes, positivas. No que diz respeito “*A comodidade e facilidade dos acessos ao Serviço de Imagiologia / Tac*” (item 1) verifica-se que 84,6% considera que o serviço apresenta uma boa facilidade de acesso e é cómodo, enquanto que apenas 4,25% responderam que se encontravam descontentes com este aspecto.

Quanto ao “*horário de atendimento do Serviço de Imagiologia / TAC*” (item 2), 86,5% responderam que o horário de funcionamento deste serviço responde às suas necessidade, porquanto que 1,4% referiu que preferia que fosse implementado um outro horário.

Quanto ao “*tempo de espera na recepção para ser atendido*” (item 3) apenas 32 pacientes fizeram a avaliação deste aspecto uma vez que os restantes 40 pacientes responderam que esta questão não se aplicava ao seu caso.

De entre os que fizeram a avaliação verifica-se que 64% dos pacientes consideram que não tiveram de esperar na recepção mais do que o necessário, porquanto que 9.3% procedeu a uma avaliação negativa, percepcionando o tempo que teve de esperar para ser atendido como excessivo.

Quanto ao “*modo de atendimento do pessoal da recepção (amabilidade e prontidão)*” (Item 4) também 40 dos pacientes que participaram neste estudo responderam que este ponto não se aplicava ao seu caso, pelo que as percentagens reportam apenas para os 32 pacientes que fizeram a avaliação à amabilidade e prontidão que encontraram no pessoal da recepção. Assim, 78,1% considera ter encontrado nestes funcionários o desempenho que esperava destes, por outro lado, 6,2% considera que o desempenho destes ficou aquém das suas expectativas pelo que deram uma avaliação negativa.

Quanto ao “*tempo demorado para a marcação (programação) do meu exame*” (item 5), 76,4% considerou estava satisfeito ou muito satisfeito e 12,5% manifestou o seu desagrado quanto ao tempo que teve de dispensar para a marcação do seu exame.

No que concerne à avaliação do “*tempo de espera até à chamada para realizar o meu exame*” (item 7), regista-se uma avaliação positiva por parte de 70,9%, porquanto que 13,9% considerou que o tempo que tiveram de esperar para realizar o seu exame no serviço de Imagiologia excedeu o tempo que consideram ser aceitável.

Numa análise geral, os pacientes encontram-se satisfeitos com as condições que encontram no serviço de Imagiologia revelando a sua satisfação. Quando se procede à análise dos itens que compõem esta dimensão verifica-se que existe uma avaliação positiva em quase todos, a exceção tem ver com o conforto na sala de espera e das instalações do serviço de Imagiologia onde existe uma elevada percentagem de pacientes a fazer uma avaliação negativa.

Tabela 9. Distribuição dos itens na dimensão de satisfação com o ambiente clínico

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Item 1 – <i>A comodidade e facilidade dos acessos ao Serviço de Imagiologia / TAC deixaram-me</i>	0	3 4,2%	8 11,1%	58 80,6%	3 4,2%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		3 4,2%		61 84,6%		
Item 2 – <i>O horário de atendimento do Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me</i>	0	1 1,4%	8 11,1%	59 81,9%	4 5,6%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		1 1,4%		63 86,5%		
Item 3 – <i>O tempo de espera na recepção para ser atendido deixou-me</i>	0	3 9,3%	9 28,1%	20 64,0%	0 0%	32 100%
Total por nível negativo e positivo		3 9,3%		20 64,0%		
Item 4 – <i>O modo de atendimento do pessoal da recepção (amabilidade e prontidão), deixou-me</i>	0	2 6,2%	5 15,7%	24 75,0%	1 3,1%	32 100%
Total por nível negativo e positivo		2 6,2%		25 78,1%		
Item 5 – <i>O tempo demorado para a marcação (programação) do meu exame deixou-me</i>	0	9 12,5%	8 11,1%	49 68,1%	6 8,3%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		9 12,5%		55 76,4%		
Item 6 – <i>O conforto da sala de espera e das instalações do Serviço de Imagiologia (decoração, comodidade, limpeza, temperatura, ruído, iluminação), deixou-me</i>	1 1,4%	22 30,6%	24 33,3%	24 33,3%	1 1,4%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		23 32%		25 34,7%		
Item 7 – <i>O tempo de espera até à chamada para realizar o meu exame deixou-me</i>	0	10 13,9%	11 15,3%	47 65,3%	4 5,6%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		10 13,9%		51 70,9%		
Item 8 – <i>O respeito pela minha privacidade no Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me</i>	0	0	1 1,4%	61 84,7%	10 13,9%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		0 0%		71 98,6%		
Total da percentagem por frequência da dimensão	0,0%	10,2%	14,9%	69,0%	5,9%	100%

Um outro aspecto que se considerou importante para proceder a uma avaliação da satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde que lhe foram prestados é o da

interacção que mantiveram com o técnico de saúde. Na literatura encontrada existem muitos estudos que se debruçam sobre esta temática e que consideram que o estilo de interacção que o paciente desenvolve com o profissional de saúde influencia a sua satisfação e por consequência a qualidade dos serviços que recebeu.

A análise global a esta dimensão do questionário permite concluir que a maioria (56,3%) dos pacientes encontra-se satisfeita com a interacção que desenvolveu com o técnico e 15,6% revela mesmo que ficou muito satisfeito. Apenas 10,4% revelaram alguma insatisfação, consideram que houve aspectos que estiveram de acordo com as expectativas que tinham.

Da análise aos itens que forma esta dimensão verifica-se que o aspecto que os pacientes consideram mais positivo é *“A cortesia e simpatia do(a) Técnico(a) de Diagnóstico durante o exame”* (item 12). Cerca de 83,4% procedeu a uma avaliação positiva da cortesia e simpatia que o técnico lhes dispensou e apenas 4,2% respondeu ter ficado desiludido com o tratamento que lhe prestado neste campo.

O aspecto que mereceu uma avaliação menos positiva foi *“A oportunidade que tive para dialogar com o Técnico de Diagnóstico sobre os meus problemas ou preocupações”* (item 9), onde, para 61,1% dos pacientes a oportunidade que teve de expressar as suas inquietações ao técnico mereceu uma nota positiva, enquanto 13,9% consideram que este aspecto da interacção com o paciente merece uma avaliação negativa.

No que diz respeito ao *“interesse e atenção que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico demonstrou para tentar compreender ou ouvir as minhas preocupações antes de proceder ao exame”* (item 10) verifica-se que também 13,9% dos pacientes não consideram que esta dimensão da interacção com o técnico mereça uma avaliação positiva, porquanto que 68,1% responderam que o técnico demonstrou um interesse e atenção para com as suas preocupações que foram de encontro às suas expectativas ou mesmo que as superaram.

Quanto ao *“modo como o(a) Técnico(a) de Diagnóstico me explicava o que ia fazendo durante o exame”* (item 11) verifica-se que 75% dos pacientes consideram que as explicações que lhe foram facultadas foram positivas, porquanto que 9,7% deu uma avaliação negativa a este aspecto considerando que há necessidade de melhoria neste campo.

Tabela 10. Distribuição dos itens na dimensão satisfação com a interacção com o técnico de saúde

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Item 9 – A oportunidade que tive para dialogar com o Técnico de Diagnóstico sobre os meus problemas ou preocupações, deixou-me	0	10 13,9%	18 25,0%	36 50,0%	8 11,1%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		10 13,9%		43 61,1%		
Item 10 – O interesse e atenção que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico demonstrou para tentar compreender ou ouvir as minhas preocupações antes de proceder ao exame, deixou-me	0	10 13,9%	13 18,1%	36 50,0%	13 18,1%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		10 13,9%		49 68,1%		
Item 11 – O modo como o(a) Técnico(a) de Diagnóstico me explicava o que ia fazendo durante o exame, deixou-me:	0	7 9,7%	11 15,3%	43 59,7%	11 15,3%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		7 9,7%		54 75,0%		
Item 12 – A cortesia e simpatia do(a) Técnico(a) de Diagnóstico durante o exame deixaram-me	0	3 4,2%	9 12,5%	47 65,3%	13 18,1%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		3 4,2%		60 83,4%		
Total da percentagem por frequência da dimensão	0,0%	10,4%	17,7%	56,3%	15,6%	100%

Como foi referido uma outra dimensão que foi considerada determinante na satisfação do paciente é a da comunicação que este estabelece com o técnico de saúde. Nesta dimensão verifica-se que os pacientes não revelam elevados níveis de satisfação. De facto a maioria dos pacientes faz uma avaliação neutra, 54,5% considera que nem estão satisfeitos nem insatisfeitos com a componente comunicacional.

Apenas 28,5% afirma estar satisfeito e 8,3% muito satisfeito. Num plano oposto estão 8,7% que se revelam insatisfeitos com os aspectos comunicacionais.

Onde existe um nível mais positivo é no plano das “*explicações antecipadas que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico deu acerca do exame que aí realizei*” (item 15) onde 61,1% dos pacientes fez uma avaliação positiva e 5,6% atribuiu uma avaliação negativa.

Onde se regista uma menor percentagem de avaliações positivas é na “*informação escrita existente sobre o Serviço de Imagiologia / TAC*” (item 13), onde apenas 13,9% responderam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a informação escrita que é

disponibilizada por este serviço. Contudo, apenas 9,7% atribuem a este aspecto uma avaliação negativa.

Também “*A informação escrita e antecipada sobre os objectivos do exame a que ia ser submetido (a)*” (Item 14) merece a avaliação positiva de uma percentagem reduzida de pacientes, apenas 27,7% se mostrou agrado com a informação escrita sobre os objectivos do exame que iria realizar, enquanto que 13,9% respondeu o seu desagrado com este aspecto.

Quanto às “informações dadas pelo(a) Técnico(a) de Diagnóstico sobre os resultados do meu exame, se havia algo certo ou errado comigo” (item 16), 44,4% fez uma avaliação positiva e 5,6% considerou que o desempenho do técnico não merecia uma nota positiva.

Tabela 11. Distribuição dos itens na dimensão satisfação com a informação comunicada

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Item 13 – <i>A informação escrita existente sobre o Serviço de Imagiologia / TAC, deixou-me</i>	0	7 9,7%	55 76,4%	7 9,7%	3 4,2%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		7 9,7%		10 13,9%		
Item 14 – <i>A informação escrita e antecipada sobre os objectivos do exame a que ia ser submetido(a), deixou-me</i>	0	10 13,9%	42 58,3%	15 20,8%	5 6,9%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		10 13,9%		20 27,7%		
Item 15 – <i>As explicações antecipadas que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico deu acerca do exame que aí realizei, deixaram-me</i>	0	4 5,6%	24 33,3%	36 50,0%	8 11,1%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		4 5,6%		44 61,1%		
Item 16 – <i>As informações dadas pelo(a) Técnico(a) de Diagnóstico sobre os resultados do meu exame, se havia algo certo ou errado comigo, deixaram-me:</i>	0	4 5,6%	36 50,0%	24 33,3%	8 11,1%	72 100%
Total por nível negativo e positivo		4 5,6%		32 44,4%		
Total da percentagem por frequência da dimensão	0,0%	8,7%	54,5%	28,5%	8,3%	100%

Por último, pretende-se perceber qual a avaliação da satisfação global com o paciente fica dos serviços de saúde que lhe foram prestados. Nesta dimensão verifica-se que a maioria dos pacientes se encontram satisfeito (65%) e 11,1% refere mesmo que está muito satisfeito. Numa posição neutra encontram-se 16,7% e 7,2% fazem uma avaliação negativa, sendo que 4,7% responderam que estavam insatisfeitos e 2,5% muito insatisfeitos.

Da análise dos itens que compõem esta dimensão, apesar de todos apresentarem avaliações amplamente positivas regista que é no que diz respeito ao “*aspecto da relação entre a minha situação de saúde e os cuidados que têm comigo*” (item 19), que se regista uma avaliação positiva mais expressiva com 91,7% e nenhum paciente atribuiu um nível negativo a este aspecto.

O item com o qual os pacientes revelam um nível de aprovação mais baixo prende-se com a avaliação do aspecto global em relação própria saúde nesse momento (item 20), em que apenas 38,9% apresentam um nível positivo e 24,7% manifestam um nível negativo.

Os restantes itens apresentam níveis positivos muito elevados. Assim, no que respeita à “*qualidade global do meu atendimento no Serviço de Imagiologia / TAC*” (item 18) é de registar que 87,5% faz uma avaliação positiva e não se verificam níveis negativos.

No que respeita à “*confiança que sinto ter nos profissionais do Serviço de Imagiologia / TAC*” (item 17) 84,7% consideram ter confiança nos profissionais deste serviço e não se registou qualquer tipo de desconfiança entre os pacientes que fazem parte desta amostra.

Por último, “*em relação ao tipo ou à natureza dos tratamentos que necessito ou que vou necessitar para atingir bons resultados para a minha saúde*” (item 21) verifica-se que o nível positivo atinge os 77,8% porquanto que apenas 1,4% considera que este aspecto merece uma nota negativa.

Tabela 12. Distribuição dos itens na dimensão satisfação global

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Item 17 – <i>A confiança que sinto ter nos profissionais do Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me</i>	0 0%	0 0%	11 15,3%	47 65,3%	14 19,4%	72 100%
Total por nível negativo e positivo	0 0%			61 84,7%		
Item 18 – <i>A qualidade global do meu atendimento no Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me</i>	0 0%	0 0%	9 12,5%	53 73,6%	10 13,9%	72 100%
Total por nível negativo e positivo	0 0%			63 87,5%		
Item 19 – <i>Globalmente, no aspecto da relação entre a minha situação de saúde e os cuidados que têm comigo, sinto-me:</i>	0 0%	0 0%	6 8,3%	54 75%	12 16,7%	72 100%
Total por nível negativo e positivo	0 0%			64 91,7%		
Item 20 – <i>Globalmente, em relação à minha saúde neste momento, sinto-me:</i>	9 12,5%	16 22,2%	19 26,4%	28 38,9%	0	72 100%
Total por nível negativo e positivo	25 24,7%			28 38,9%		
Item 21 – <i>Globalmente, em relação ao tipo ou à natureza dos tratamentos que necessito ou que vou necessitar para atingir bons resultados para a minha saúde, sinto-me:</i>	0 0%	1 1,4%	15 20,8%	52 72,2%	4 5,6%	72 100%
Total por nível negativo e positivo	1 1,4%			56 77,8%		
Total da percentagem por frequência da dimensão	2,5%	4,7%	16,7%	65,0%	11,1%	100%

Na tabela que a seguir se apresenta estão sumariados os resultados globais para cada uma das diferentes dimensões do QSCI de forma a permitir uma comparação mais perceptível. Assim, verifica-se que a satisfação com o ambiente clínico, com a interação com o técnico de saúde e em relação a um aspecto mais global revela valores positivos com a maioria dos pacientes, a considerarem que se encontram satisfeitos com estes aspectos. Contudo, no que diz respeito à informação comunicada verifica-se que a maioria dos pacientes apresenta uma avaliação neutra e que apenas 28,5% se consideram satisfeitos com esta dimensão da satisfação com os serviços prestados.

Tabela 13. Resumo das respostas para as dimensões do QSCI

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfação com o ambiente clínico	0,0%	10,2%	14,9%	69,0%	5,9%
Satisfação com a interacção com o técnico de saúde	0,0%	10,4%	17,7%	56,3%	15,6%
Satisfação com a informação comunicada	0,0%	8,7%	54,5%	28,5%	8,3%
Satisfação global	2,5%	4,7%	16,7%	65,0%	11,1%

No que diz respeito às perguntas 22 e 23 deste questionário, que se caracterizavam por serem perguntas abertas e onde se pretendia obter informações sobre os aspectos de que os pacientes mais tinham gostado durante a sua estadia no Serviço de Imagiologia e o que menos tinham gostado, verificou-se que a maioria dos pacientes optou por não responder a estas duas questões.

No que diz respeito aos aspectos que mais gostaram apenas dois pacientes responderam e nomearam a simpatia, cortesia e a rapidez com que foram atendidos. Quanto à questão de quais os aspectos que menos gostou houve um maior conjunto de respostas, 13 pacientes optaram responder. A quase totalidade das respostas vai no sentido de considerar que as condições da sala de espera não são as mais adequadas. De facto consideram que esta é “desagradável” e “muito fria”. Também são apontadas as condições climatéricas existentes na sala de exames "*Frio na sala de exames*”

Dado que este questionário foi construído para a realização deste estudo torna-se necessário proceder à validação da sua estrutura teórica. São três os tipos de validade teórica que tratam de aspectos do conceito: (1) validade convergente; (2) validade discriminante; (3) validade factorial (Hill & Hill, 2000). No presente estudo optou-se por proceder a uma validação de uma análise factorial através da análise de componentes principais.

Dos 21 itens que compõem o QSCSI retiraram-se os itens 3 e 4 porque houve um elevado número de pacientes a quem estas perguntas não se aplicavam. Da primeira extracção emergiram seis factores com valores próprios superiores à unidade que explicavam 74,6% da variância total. Contudo, houve itens que apresentavam valores muito semelhantes na matriz de componentes rodada o que tornava difícil a interpretação

dos factores e consistências internas reduzidas. Neste sentido considerou-se necessário suprimir alguns dos itens (7, 8, 16, 19, 20, 21) que apresentavam comunalidades baixas.

O valor da estatística KMO obtido foi de 0,829 que revela que os dados são bons (Pestana & Gageiro, 2003), para a realização de uma análise factorial. Também o teste de esfericidade de Bartlett rejeita a hipótese da matriz de correlações ser uma matriz identidade, o que significa que existe uma relação entre os diferentes itens que pode conduzir à obtenção de factores.

Tabela 14. Teste de esfericidade de Bartlett e estatística KMO

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,829
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	603,212
	df	78
	Sig.	,000

Esta nova extracção levou à obtenção de cinco factores (através do método de kaiser) que no seu conjunto permitem explicar 82,49% da variância total. Na tabela que a seguir se apresenta constam os pesos que cada um dos itens tem em cada factor, obtidos através da rotação Varimax.

Tabela 15. Matriz rodada de componentes principais

	Componentes				
	1	2	3	4	5
P10	,905	,183	,142	,125	-,021
P12	,872	,282	,084	-,018	-,043
P11	,847	,264	,137	,051	,030
P9	,779	,109	,313	,349	,045
P15	,741	,284	,172	,237	,175
P18	,343	,861	,142	,142	,070
P17	,404	,858	,054	,100	,064
P13	,163	,165	,906	,002	-,022
P14	,352	-,015	,746	,317	,208
P1	,026	,235	,172	,810	-,018
P2	,433	-,003	,044	,683	,069
P6	,038	,239	,294	-,204	,807
P5	,019	-,126	-,199	,483	,735
Variância explicada	45,2%	11,7%	9,7%	8,8%	6,9%

O factor 1, que explica 45,2% da variância total, é composto pelos itens 9, 10, 11, 12 e 15 está relacionado a percepção que o paciente tem do estilo de interação que o técnico utiliza quanto interage com paciente, por esta razão considerou-se que este factor designa a **orientação para o paciente**.

O factor 2, que explica 11,7% da variância total, é composto pelos itens 17 e 18 que estão associados à satisfação do paciente para com o desempenho do técnico, pelo que este factor designa a **competência técnica**.

O factor 3, que explica 9,7% da variância total, é composto pelos itens 13 e 14, que se referem à informação que é escrita e oral que é facultada ao paciente, pelo que se considera que este factor designa a **informação disponibilizada**.

O factor 4, explica 8,8% da variância total, é composto pelos itens 1 e 2 e referem-se as instalações e o horário de atendimento pelo que se considera que este factor representa o **sistema organizacional**.

Por último o factor 5, que explica 6,9% da variância total, composto pelos itens 5 e 6 que estão relacionados com o tempo que o paciente tem esperar para a marcação e o conforto da sala de espera é de difícil designação pelo que optou por designar de **condições e tempo de espera**.

Verifica-se que cada dimensão apresenta correlações baixas com as outras dimensões em que as correlações com a satisfação total são elevadas e significativas para um nível de probabilidade de 1%.

Tabela 16. Correlação entre os factores e a satisfação total

	Competência	Informação	Sistema organizacional	Tempo de espera	Satisfação total
Orientação	0,609**	0,494**	0,458**	0,140	0,917**
Competência	-	-	0,327**	0,169	0,702**
Informação	-	-	0,348**	0,218	0,665**
Sistema organizacional	-	-	-	0,211	0,660**
Condições e tempo de espera	-	-	-	-	0,413**

** p<0,001

Na tabela que a seguir se apresenta podem ser visualizados os valores médios e desvio padrão de cada uma das dimensões, bem como o nível de consistência interna de cada uma destas dimensões do questionário.

Quanto à consistência interna é possível perceber que todas as dimensões apresentam consistências internas aceitáveis, algumas com valores elevados como é o caso da “orientação para o paciente” e “competência técnica”, e com exceção da dimensão “condições e tempo de espera” que apresenta um valor para o alfa de Cronbach baixo. Contudo, dado que a correlação com as outras dimensões é reduzida e a correlação com o total da escala é significativa optou-se por manter esta dimensão do questionário de satisfação.

No que diz respeito aos valores obtidos para cada uma destas dimensões da satisfação verifica-se que em todos os casos os valores médios são superiores ao ponto médio da escala, o que leva a concluir que os pacientes estão satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde no que diz respeito a estes aspectos.

Onde se encontra uma avaliação mais positiva é na competência técnica que o paciente percepcionou no técnico de diagnóstico, apresentando um valor médio de 4,02 (0,536). O aspecto com o qual os pacientes apresentam uma menor satisfação é com a informação que lhes foi disponibilizada, apresentando um valor médio próximo do ponto médio da escala, ou seja, fazem uma avaliação positiva desta determinante, mas moderadamente. O sistema organizacional com 3,88 (0,423), a orientação para o paciente com 3,75 (0,724), e condições e tempo de espera 3,37 (0,659) apresentam valores médios intermédios.

Tabela 17. Valores da média, desvio padrão e consistência interna para as dimensões do QSCSI

	Média	Desvio-padrão	Consistência interna
Orientação para o paciente	3,75	0,724	0,9834
Competência técnica	4,02	0,536	0,937
Informação disponibilizada	3,14	0,619	0,762
Sistema organizacional	3,88	0,423	0,656
Condições e tempo de espera	3,37	0,659	0,407

IPQ-B – Brief Illness Perception Questionnaire

A escala IPQ-B, como já foi mencionado, tem por intuito avaliar, em termos quantitativos, as componentes das representações de doença do modelo de auto-regulação de Leventhal.

Na tabela que a seguir se apresenta pode constatar-se que, em termos globais a escala apresenta um valor médio de 7,18 (1,728) valor acima do ponto médio da escala. Constata-se que apresenta uma boa consistência interna.

Tabela 18. Medidas descritivas e consistência interna para a escala IPQ-B

	Média	Desvio-Padrão	Alfa Cronbach
IPQ-B	7,18	1,728	0,791

Na tabela que a seguir se apresenta encontram-se os valores da média e desvio padrão de cada um dos itens que compõem esta escala. Constata-se que o item com o qual existe uma maior concordância é com o impacto da doença na vida do paciente (item 1). Este item apresenta um valor médio de 8,18 (2,491) pelo que os pacientes consideram que a sua doença afecta gravemente a sua vida. Tal situação poderá estar relacionada com o grau em que sente os sintomas da sua doença (item 5). Neste aspecto o valor médio do item apresenta um valor de 7,25 (2,454) significando que os pacientes consideram que têm muitos sintomas da doença.

A questão com a qual existe uma menor concordância prende-se com o grau de controlo que sentem ter sobre a sua doença (item 3) que apresenta um valor médio de 5,37 (2,700). Tal significa que os pacientes sentem que têm um grau de controlo reduzido sobre a sua doença. Neste contexto os pacientes também afirmam a sua preocupação com a sua doença (item 6) apresentando um valor médio 8,04 (2,698). Quanto à duração da sua doença (item 2) apresenta um valor de 6,92 (2,852), o que permite concluir que os pacientes consideram que não se trata de uma doença de curta duração e que terão de lidar com ela durante um horizonte temporal algo dilatado.

Apesar destas circunstâncias, eles consideram que a sua doença os afecta emocionalmente (item 8), mas não de uma forma muito intensa dado que o valor médio é 6,57 (3,228) estando perto do ponto médio da escala.

Tal pode dever-se ao facto de apresentarem a convicção que o processo terapêutico que lhes foi prescrito os poderá ajudar na sua doença, medida em que apresentam um valor médio de 7,81 (2,186) e de sentirem que compreendem bem a sua doença (item 7), uma vez que o item correspondente apresenta um valor de 7,43 (2,877).

Tabela 19. Medidas descritivas da escala IPQ-B

	Média	Desvio- Padrão
Item 1- <i>Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?</i>	8,18	2,491
Item 2 – <i>Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?</i>	6,92	2,852
Item 3 – <i>Qual o grau de controlo que sente ter sobre a doença?</i>	5,37	2,700
Item 4- <i>Até que ponto pensa que o seu tratamento o pode ajudar na sua doença?</i>	7,81	2,186
Item 5- <i>Qual o grau em que sente os sintomas da sua doença?</i>	7,25	2,454
Item 6 – <i>Qual o grau de preocupação com a sua doença?</i>	8,04	2,698
Item 7- <i>Até que ponto sente que compreende bem a sua doença?</i>	7,43	2,877
Item 8 – <i>Até que ponto a sua doença o afecta emocionalmente?</i>	6,57	3,228

Procurou-se aferir se o meio pelo qual os pacientes foram conduzidos ao serviço de Imagiologia afectava a forma como os pacientes percepcionavam as diferentes dimensões da sua doença. Os resultados revelam que as diferenças, entre cada um dos grupos, não é significativamente estatística para todos os itens que compõem a escala IPQ-B, conforme se constata no quadro seguinte.

Tabela 20. Médias, Desvio padrão e teste t para consulta externa e internamento

	Consulta Externa		Internamento		Teste
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
Item 1- <i>Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?</i>	8,09	2,542	8,26	2,479	$t_{(70)} = -0,279$ n.s.
Item 2 – <i>Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?</i>	6,70	2,963	7,10	2,780	$t_{(70)} = -0,599$ n.s.
Item 3 – <i>Qual o grau de controlo que sente ter sobre a doença?</i>	5,18	2,855	5,53	2,586	$t_{(69)} = -0,599$ n.s.
Item 4- <i>Até que ponto pensa que o seu tratamento o pode ajudar na sua doença?</i>	7,45	2,563	8,10	1,789	$t_{(55)} = -1,222$ n.s.
Item 5- <i>Qual o grau em que sente os sintomas da sua doença?</i>	7,63	2,311	6,95	2,554	$t_{(69)} = 1,158$ n.s.
Item 6 – <i>Qual o grau de preocupação com a sua doença?</i>	8,64	2,644	7,54	2,674	$t_{(70)} = 1,745$ n.s.
Item 7- <i>Até que ponto sente que compreende bem a sua doença?</i>	7,88	3,120	7,05	2,635	$t_{(70)} = 1,226$ n.s.
Item 8 – <i>Até que ponto a sua doença o afecta emocionalmente?</i>	6,88	3,346	6,31	3,147	$t_{(70)} = 0,746$ n.s.

n.s. – não significativo

No que diz respeito ao impacto do factor sexo na percepção de cada uma das dimensões da percepção das doenças verifica-se que em alguns itens existem diferenças que são estatisticamente significativas. Neste caso teve de se utilizar o teste não paramétrico Mann-Whitney alternativo ao teste paramétrico t porque a variável não seguia uma distribuição normal.

No item 3 (*Qual o grau de controlo que sente ter sobre a doença?*) registou-se uma diferença significativa ($U=403,5$), sendo que os homens consideram que têm mais controlo que as mulheres sobre a sua doença. De facto, enquanto que o valor médio nos homens é de 6,24 (2,788) nas mulheres esse valor é de apenas 4,96 (2,549) valor abaixo do ponto médio da escala. Este dado permite concluir que, em média, as mulheres consideram não ter controlo sobre a sua doença ao contrário do que acontece com os homens.

Também foram encontradas diferenças ($U= 206$) no que diz respeito ao item 8 (*Até que ponto a sua doença o afecta emocionalmente?*), e neste caso são os homens que apresentam um valor médio inferior 4,38 (3,442) ao das mulheres 7,78 (2,373). Este resultado revela que as mulheres se sentem mais afectadas pela sua doença que os homens. Estes, dado que o seu valor médio se encontra abaixo do ponto médio da escala, em média, afirmam que não se sentem afectados emocionalmente.

Tabela 21 Média, desvio padrão e teste Mann-Whitney para o sexo

	Feminino		Masculino		Teste
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
Item 1- <i>Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?</i>	8,82	1,419	7,00	3,429	U= 432,5 n.s.
Item 2 – <i>Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?</i>	7,36	2,376	6,12	3,479	U= 485,0 n.s.
Item 3 – <i>Qual o grau de controlo que sente ter sobre a doença?</i>	4,96	2,549	6,24	2,788	U= 403,5*
Item 4- <i>Até que ponto pensa que o seu tratamento o pode ajudar na sua doença?</i>	8,09	1,663	7,31	2,881	U= 531,5 n.s.
Item 5- <i>Qual o grau em que sente os sintomas da sua doença?</i>	7,77	1,723	6,27	3,157	U=444,0 n.s.
Item 6 – <i>Qual o grau de preocupação com a sua doença?</i>	8,42	2,072	7,31	3,484	U= 540,5 n.s.
Item 7- <i>Até que ponto sente que compreende bem a sua doença?</i>	7,29	2,777	7,69	3,134	U= 500,5 n.s.
Item 8 – <i>Até que ponto a sua doença o afecta emocionalmente?</i>	7,78	2,373	4,38	3,442	U= 206**

n.s. – não significativo; *p<0,05; **p < 0,01

HADS – “Hospital Anxiety and Depression Scale”

A escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) elaborada com o objectivo de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e reconhecimento de componentes emocionais, a ansiedade e depressão que podem estar associadas à doença. Para analisar esta escala é necessário ter em consideração que a mesma, como já referido é composta pela subescala Depressão e Subescala Ansiedade, pelo que é necessário proceder à sua análise em separado.

A escala HADS apresenta um valor médio de 15,71 (8,913) com uma consistência interna de 0,918.

No que diz respeito à subescala Depressão verifica-se um valor médio de 6,33 (4,657), pelo que, segundo os pontos de cortes que os autores da escala apresentam pode considerar-se que, em média, os pacientes não apresentam uma situação de depressão. Esta subescala apresenta uma consistência interna elevada de 0,893 e todos os itens que a compõem são importantes para a sua definição.

Quanto à dimensão da Ansiedade regista-se um valor médio superior ao encontrado na subescala anterior, 9,40 (4,85). Segundo a classificação atribuída pelos seus autores pode considerar-se que, em média, os pacientes desta amostra têm uma ansiedade leve. Esta subescala também apresenta uma consistência interna elevada de 0,839, sendo que todos os itens que a compõem se revelam importantes.

Tabela 22. Medidas descritivas e consistência interna escala HADS e subescalas Depressão e Ansiedade

	Média	Desvio-Padrão	Alfa Cronbach
HADS	15,71	8,913	0,918
Depressão	6,33	4,657	0,893
Ansiedade	9,40	4,85	0,839

Da análise à subescala ansiedade verifica-se que o item que apresenta um valor médio mais elevado é o 11 (*“Sinto-me inquieto(a) como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para outro”*) com um valor de 1,76 (1,068). Trata-se de um valor superior ao ponto médio da escala pelo que se pode afirmar que os pacientes percebem que estão inquietos, o que se manifesta num comportamento em que estão sempre a andar de um lado para o outro.

No outro extremo o item que apresenta um valor médio mais reduzido, de 1,08 (0,989) é o 3 (*“Eu sinto-me um pouco assustado(a) como se algo terrível estivesse para acontecer”*), um valor abaixo do ponto médio, o que significa que os pacientes revelam que não se sentem assustados com o acontecimento de uma situação terrível.

Tabela 23. Consistência interna da subescala Ansiedade da escala HADS

	Média	Desvio-Padrão	Valor de Alfa de Cronbach se item for eliminado
Item 1- <i>Sinto-me tenso.</i>	1,46	0,978	0,811
Item 3 – <i>Eu sinto-me um pouco assustado(a) como se algo terrível estivesse para acontecer.</i>	1,08	0,989	0,803
Item 5- <i>Tenho preocupações que não me saem da cabeça.</i>	1,61	0,868	0,821
Item 7 – <i>Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado.</i>	1,35	0,825	0,820
Item 9 - <i>Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago</i>	1,24	0,813	0,806
Item 11 - <i>Sinto-me inquieto(a) como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para outro</i>	1,76	1,068	0,835
Item 13- <i>Tenho sentimentos súbitos de pânico</i>	0,90	0,906	0,825

Na classificação dos níveis de ansiedade, conforme os cortes propostos pelos autores desta subescala verifica-se que a maioria dos pacientes apresenta níveis de ansiedade dentro dos níveis considerados normais. Nesta situação encontram-se 31,9% dos participantes no estudo. Com ansiedade leve está um grupo de 19 pacientes o que corresponde a 26,04% e numa situação que é considerada de moderada estão 34,7%. Numa situação preocupante estão 6,9% dos pacientes que apresentam nível de ansiedade que podem ser classificados como de severos.

Tabela 24. Classificação da ansiedade dos pacientes

	N.º	Percentagem
Normal	23	31,9
Ansiedade Leve	19	26,4
Ansiedade Moderada	25	34,7
Ansiedade Severa	5	6,9
Total	72	100,0

Quanto à subescala da Depressão os dados revelam que o item que apresenta um valor médio mais elevado é o 8 (*“Sinto-me mais vagaroso (lento)”*), com 2,00 (0,904). Os pacientes consideram que o seu ritmo é mais reduzido na actualidade do que o habitual.

O item que apresenta um valor mais reduzido é o 2 (*“Ainda gosto das coisas de que costumava gostar”*), com um valor médio de 0,44 (0,729). Este resultado revela que houve uma alteração de gostos nos pacientes, levando-os a desvalorizar as coisas que no passado valorizavam. Um exemplo disto é o item 14 (*“Consigno apreciar um bom livro, programa de televisão ou rádio”*) com um valor médio de 0,57 (0,747). Os pacientes parecem terem perdido o interesse neste tipo de actividades lúdicas.

Tabela 25. Medidas descritivas da subescala Depressão HADS

	Média	Desvio-Padrão	Valor de Alfa de Cronbach se item for eliminado
Item 2 – <i>Ainda gosto das coisas de que costumava gostar.</i>	0,44	0,729	0,880
Item 4- <i>Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas.</i>	0,76	0,896	0,864
Item 6 – <i>Sinto-me alegre.</i>	0,92	0,868	0,883
Item 8 – <i>Sinto-me mais vagaroso (lento)</i>	2,00	0,904	0,897
Item 10 - <i>Perdi o interesse pela minha aparência</i>	0,51	0,856	0,881
Item 12- <i>Antecipo as coisas com satisfação</i>	1,10	0,937	0,875
Item 14 - <i>Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou rádio</i>	0,57	0,747	0,879

Ao nível da depressão, mais uma vez tendo em conta os cortes propostos pelos autores da escala para esta subescala, pode verifica-se que a maioria dos pacientes apresentam níveis de depressão considerados normais, nesta situação estão 68,1%. Com 16,7% são os pacientes que apresentam uma situação de depressão leve. Com uma situação de depressão mais acentuada tem-se que 8,3% apresentam depressão moderada e 6,9% depressão severa.

Tabela 26. Classificação da depressão dos pacientes

	N.º	Percentagem
Normal	49	68,1
Depressão Leve	12	16,7
Depressão Moderada	6	8,3
Depressão Severa	5	6,9
Total	72	100,0

Resultados dos testes de hipóteses

No que diz respeito à influência que o sexo do paciente tem no nível de satisfação do paciente nas diferentes dimensões consideradas verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Também na escala total de satisfação não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres ($t_{(69)} = 1,774$; $p < 0,05$).

Tabela 27. Impacto do sexo nas dimensões da satisfação do paciente

	Feminino	Masculino	Teste
Orientação para o paciente	3,90 (0,574)	3,58 (0,856)	$t_{(50)}=1,787$ n.s.
Competência técnica	4,07 (0,426)	4,00 (0,645)	$t_{(49)}=0,562$ n.s.
Informação disponibilizada	3,15 (0,652)	3,14 (0,594)	$t_{(69)}=0,032$ n.s.
Sistema organizacional	3,95 (3,822)	3,82 (0,330)	$t_{(69)}=1,295$ n.s.
Condições e tempo de espera	3,47 (0,598)	3,56 (0,509)	$t_{(69)}=1,479$ n.s.
Total	3,75 (0,395)	3,56 (0,509)	$t_{(69)}=1,774$ n.s.

Considerou-se importante proceder à análise à idade com o intuito de determinar se a mesma tem efeito significativo no nível de satisfação evidenciado pelo paciente. Os resultados apresentados na tabela que a seguir se apresentam revelam que o teste F não apresenta diferenças significativas quanto aos níveis de satisfação dos pacientes das diferentes faixas etárias nas diferentes dimensões e no valor da satisfação total.

Tabela 28. Influência do escalão etário na satisfação

	< 35 anos	35 - 64	> 64 anos	Teste
Orientação para o paciente	3,88 (0,742)	3,68 (0,780)	3,81 (0,616)	$F_{(2,69)}=0,434$ n.s.
Competência técnica	3,94 (0,634)	3,98 (0,553)	4,13 (0,467)	$F_{(2,69)}=0,666$ n.s.
Informação disponibilizada	3,33 (0,968)	3,14 (0,654)	3,06 (0,319)	$F_{(2,69)}=0,579$ n.s.
Sistema organizacional	4,00 (0,433)	3,82 (0,495)	3,93 (0,233)	$F_{(2,69)}=0,814$ n.s.
Condições e tempo de espera	3,22 (0,939)	3,28 (0,652)	3,37 (0,659)	$F_{(2,69)}=2,173$ n.s.
Total	3,72 (0,629)	3,60 (0,490)	3,73 (0,291)	$F_{(2,69)}=0,671$ n.s.

n.s. – não significativo

No que diz respeito à via (internamento ou consulta externa) através da qual o paciente foi direccionado para o serviço de Imagiologia verifica-se que apenas uma das dimensões da satisfação existem diferenças significativas. Na subescala Condições e Tempo de Espera verifica-se que os pacientes que estão em situação de internamento apresentam um nível de satisfação superior. Quando analisando as médias destes dois grupos verifica-se que os paciente do internamento apresentam um valor médio de 3,56 (0,575), porquanto que o valor dos paciente provenientes de consulta externa é de apenas 3,15 (0,690).

Tabela 29. Influência da situação externa ou internamento na satisfação

	Externa	Internamento	Teste
Orientação para o paciente	3,68 (0,699)	3,81 (0,748)	$t_{(70)}=0,765$ n.s.
Competência técnica	3,95 (0,564)	4,09 (0,5113)	$t_{(70)}=-1,066$ ns.
Informação disponibilizada	3,15 (0,423)	3,14 (0,751)	$t_{(70)}=0,071$ n.s.
Sistema organizacional	3,84 (0,384)	3,91 (0,456)	$t_{(70)}=-0,614$ n.s.
Condições e tempo de espera	3,15 (0,690)	3,56 (0,575)	$t_{(70)}=-2,766^{**}$
Total	3,58 (0,443)	3,72 (0,464)	$t_{(70)}=-1,325$ n.s.

Uma das hipóteses de estudo do presente trabalho era a que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de satisfação com os cuidados. Na tabela que a seguir se apresenta estão os valores das correlações entre as diferentes dimensões da satisfação e os níveis de depressão e de ansiedade.

Verifica-se que os valores são negativos, o que significa que para elevados níveis de depressão e ansiedade é de esperar encontrar baixos níveis de satisfação. O único caso onde não é encontrada uma correlação negativa é na dimensão Condições e tempo de espera onde os valores apesar de serem positivos são quase nulos.

De registar que, ao contrário do que era expectável, nenhum dos valores de correlação encontrados se apresenta como significativo.

Tabela 30. Correlação entre níveis de ansiedade e depressão e níveis de satisfação

	Nível de depressão	Nível de ansiedade
Orientação	-0,142 n.s.	-0,209 n.s.
Competência	-0,066 n.s.	-0,172 n.s.
Informação	-0,085 n.s.	-0,067 n.s.
Sistema organizacional	-0,187 n.s.	-0,220 n.s.
Condições e tempo de espera	0,041 n.s.	0,053 n.s.
Total	-0,133 n.s.	-0,192 n.s.

Procurou-se determinar se os diferentes níveis de ansiedade tinham influência na satisfação dos pacientes, para tal procedeu-se ao agrupamento dos pacientes que tinham ansiedade moderada e severa num único grupo uma vez que o grupo da ansiedade severa era composto por poucos elementos. Ficou-se assim com três tipos de grupos: ansiedade normal, ansiedade leve e os que apresentam ansiedade moderada/severa.

Os resultados do teste F apresentados na tabela seguinte revelam que não existem diferenças significativas entre os 3 grupos no que diz respeito ao seu nível de satisfação.

Tabela 31. Influencia que o tipo de ansiedade tem na satisfação

	Normal	Ansiedade leve	Ansiedade	Teste
Orientação para o paciente	3,95 (0,735)	3,81 (0,518)	3,55 (0,94)	$F_{(2,69)} = 2,176$ n.s.
Competência técnica	4,15 (0,552)	3,94 (0,524)	3,98 (0,619)	$F_{(2,69)} = 0,932$ n.s.
Informação disponibilizada	3,21 (0,751)	3,21 (0,630)	3,05 (0,497)	$F_{(2,69)} = 0,610$ n.s.
Sistema organizacional	4,00 (0,398)	3,84 (0,501)	3,81 (0,382)	$F_{(2,69)} = 1,346$ n.s.
Condições e tempo de espera	3,36 (0,741)	3,23 (0,586)	3,46 (0,642)	$F_{(2,69)} = 0,702$ n.s.
Total	3,78 (0,429)	3,65 (0,411)	3,56 (0,496)	$F_{(2,69)} = 1,529$ n.s.

n.s. – não significativo

Para a classificação do estado de depressão procedeu-se de forma análoga. Uma vez que os elementos que compunham a situação de Depressão severa eram em número reduzido optou-se por os agrupar com os que tinham depressão moderada, passando a ficar-se com três grupos: depressão normal; depressão leve; depressão moderada/severa.

Apenas foram determinadas diferenças significativas na dimensão sistema organizacional. Através do teste de Scheffé de comparações múltiplas foi possível determinar onde residem as diferenças na dimensão do sistema organizacional. Verifica-se que os que apresentam depressão leve se encontram menos satisfeitos com os aspectos relacionados com a organização dos que os que têm uma situação de pressão normal ou que apresentam depressão moderada/severa.

Tabela 32. Influencia que o tipo de Depressão tem na satisfação

	Normal	Depressão leve	Depressão	Teste
Orientação para o paciente	3,86 (0,693)	3,46 (0,764)	3,56 (0,763)	$F_{(3,69)} = 1,907$ n.s.
Competência técnica	4,09 (0,536)	3,79 (0,582)	4,00 (0,447)	$F_{(2,69)} = 1,549$ n.s.
Informação disponibilizada	3,20 (0,636)	3,16 (0,536)	2,86 (0,595)	$F_{(2,69)} = 1,381$ n.s.
Sistema organizacional	3,97 (0,367)	3,54 (0,450)	3,81 (0,462)	$F_{(2,69)} = 6,049^{**}$
Condições e tempo de espera	3,41 (0,679)	3,25 (0,621)	3,31 (0,643)	$F_{(2,69)} = 0,356$ n.s.
Total	3,74 (0,441)	3,44 (0,474)	3,52 (0,440)	$F_{(2,69)} = 2,746$ n.s.

** $p < 0,01$

Na hipótese 2 estabeleceu-se que relação entre as percepções de doença e a Satisfação com os cuidados é mediada ou moderada pelo estado emocional. Procedendo à realização do procedimento ANCOVA procedeu-se ao teste desta hipótese. Verifica-se que esta hipótese se verifica na dimensão satisfação com a orientação para o paciente em que a ansiedade a percepção da doença é mediada pela ansiedade. O mesmo se passa com a dimensão sistema organizacional em que a percepção da doença é mediada pela depressão. Verifica-se que a relação entre a satisfação total e as percepções de doenças são mediadas tanto pela ansiedade como pela depressão.

Tabela 33. Resultados dos testes ANCOVA para determinar a influência do IPQ-B mediado pela Ansiedade e Depressão

	Depressão	Ansiedade
Orientação para o paciente	$F_{(2,66)}=0,136$ n.s.	$F_{(2,66)}=0,023^{**}$
Competência técnica	$F_{(2,66)}=1,374$ n.s.	$F_{(2,66)}=1,206$ n.s.
Informação disponibilizada	$F_{(2,66)}=2,265$ n.s.	$F_{(2,66)}=1,837$ n.s.
Sistema organizacional	$F_{(2,66)}=7,518^{**}$	$F_{(2,66)}=2,591$ n.s.
Condições e tempo de espera	$F_{(2,66)}=0,460$ n.s.	$F_{(2,66)}=0,453$ n.s.
Total	$F_{(2,66)}=3,227^*$	$F_{(2,66)}=3,315^*$

Na hipótese 3 estabeleceu-se que as percepções de doença e de tratamento influenciam, de forma significativa, o grau de satisfação dos pacientes. Da análise de correlação entre as diferentes dimensões da percepção da doença e as diferentes dimensões da satisfação, verifica-se que existem algumas relações significativas.

A satisfação com a orientação para o paciente encontra-se positivamente e de forma significativa ($r=0,248$) relacionada com a dimensão do tratamento, desta forma é expectável que pacientes que considerem que o seu tratamento pode ajudar na melhoria do seu estado clínico apresentem um nível de satisfação elevados com o relacionamento com o profissional de saúde. Também se regista uma relação positiva entre esta dimensão da percepção da doença e a escala total da satisfação ($r=0,271$). Neste sentido, os pacientes que têm uma avaliação positiva do seu tratamento tendem a apresentar um nível de satisfação mais elevado.

Verificou-se existir também uma relação positiva e significativa entre o nível de compreensão da doença e a satisfação com a forma como o serviço de Imagiologia se encontra organizado ($r=0,377$). Deste modo, espera-se que pacientes que tenham uma melhor compreensão da sua doença também apresentam um nível de satisfação superior com a forma como o serviço se encontra organizado. Também se verifica uma correlação positiva e significativa entre este item e a satisfação total. É de esperar que os pacientes que compreendem melhor a sua doença tendam a apresentar maiores níveis de satisfação.

Tabela 34. Correlações entre os domínios da satisfação e os domínios com as dimensões da percepção da doença

	Consequências	Duração	Controlo	Tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Emoções
Orientação p/ paciente	0,052	-0,073	0,127	0,248*	-0,077	0,162	0,148	0,131
Competência técnica	0,001	-0,109	0,055	0,221	-0,038	0,082	0,083	0,054
Informação disponibilizada	0,042	0,067	0,010	0,094	0,051	0,194	0,178	0,141
Sistema organizacional	-0,040	-0,032	0,125	0,211	-0,128	0,066	0,377**	-0,009
Condições e tempo de espera	0,100	0,077	0,006	0,139	-0,023	-0,041	0,185	-0,043
Total	0,057	-0,038	0,107	0,271*	-0,066	0,155	0,237*	0,108

* $p < 0,05$

Discussão dos resultados

No presente estudo verificou-se que os pacientes se apresentavam, na sua maioria, satisfeitos com os aspectos constantes no questionário de elaborado para a determinação da satisfação dos pacientes. Os dados revelam que os pacientes apresentam uma satisfação moderada com o ambiente clínico, a interacção que estabeleceram com o técnico de saúde, com a informação combinada e na satisfação global.

Os aspectos com que os pacientes estão mais satisfeitos são a interação com o técnico e o ambiente clínico, isto apesar de nas questões abertas alguns dos pacientes terem apontado carências às condições da sala de espera e da sala de exame. Segundo estes, esta não apresenta as condições ideais em termos climatéricos, queixando-se também que a sala onde decorrem os exames é fria.

O aspecto com o qual os pacientes apresentam níveis de satisfação menos positivos é com a informação comunicada onde a maioria dos pacientes revelam que estão indiferentes e apenas uma percentagem de cerca 36% atribui uma avaliação positiva a esta dimensão da satisfação.

A análise factorial ao questionário elaborado especificamente para este estudo com o intuito de medir o nível de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde prestados no serviço de Imagiologia revelou a existência de cinco factores que depois de analisados os itens de cada um deles se chegou à conclusão que reportam aos seguintes aspectos da satisfação: (1) Satisfação com a Orientação do técnico para com o paciente. Trata-se de uma dimensão que está relacionada com a interação que se estabelece entre o técnico de saúde e paciente, e reflecte a medida em que o técnico centra a sua atenção no paciente em termos holísticos e não apenas na componente técnica; (2) Satisfação com a competência evidenciada pelo técnico no desenvolvimento das suas funções técnicas; (3) a informação disponibilizada, tanto em termos da informação escrita disponibilizada pelo serviço, como a informação fornecida pelo técnico sobre os mais diversos aspectos associados ao exame que o paciente vai efectuar; (4) o sistema organizacional, que compreende a forma como os serviços se encontram organizados; (5) Condições e tempo de espera, que agrupa os aspectos relacionados com o tempo de espera para a marcação de consultas e as condições das instalações.

Neste estudo não se verificou qualquer relação entre o sexo e os níveis de satisfação em todas estas dimensões. Estes resultados estão de acordo com o que foi obtido no estudo de Hall e Dornan (1990), mas não com os de Jackson *et al.* (2007) que obtiveram resultados que apontam para que as mulheres apresentam maior satisfação que os homens.

Quanto à idade, no presente estudo não foram encontradas evidencias estatísticas de que esta variável que influencie os níveis de satisfação. Este resultado não está de acordo com a generalidade dos estudos sobre esta temática, como os de Al-Windi (2005), Carstairs (1970), Jackson *et al.* (2004), Hall e Dornan (1990), que evidenciam que a influência da idade na satisfação, sendo que os pacientes com mais idade tendem a apresentar níveis de satisfação mais elevados.

A não concordância do resultado deste estudo com o que consta na literatura pode dever-se a questões de ordem cultural, pois de facto todos estes estudos foram aplicados em populações de outros países pelo que a questão cultural pode ter uma importante influencia nesta discrepância de resultados. Pode colocar-se a hipótese de na população portuguesa não existir uma diferença tão acentuada na forma como as diferentes gerações encaram a qualidade dos serviços que lhes são prestados. É um dado adquirido de que as gerações mais recentes apresentam níveis de exigência maiores com os produtos e serviços que lhes são prestados, contudo, no presente estudo tal não está muito acentuado.

Quanto à análise dos níveis de satisfação entre os pacientes que se encontram internados nesta unidade de saúde e os que recebem aí os serviços de saúde através das consultas externas verificaram-se diferenças significativas na satisfação com as condições do serviço e o tempo de espera. Como era de esperar os pacientes da consulta externa apresentam valores da satisfação menores nesta dimensão porque têm de esperar mais tempo para realizarem as suas consultas e os exames.

No que respeita à questão do estado emocional dos pacientes, verificou-se que apresentam um valor médio de 15,71 para a escala HADS, e de 6,33 para a depressão e de 9,40 para a ansiedade. Estes dados revelam que, em média, os pacientes não apresentam níveis de depressão, mas apresentam um grau de ansiedade que pode ser considerada como moderada. Também no estudo de Jackson *et al.* (2004) os valores da ansiedade foram superiores aos que encontraram na depressão em ambas as subamostras consideradas. Não se verificou associações significativas entre os níveis de depressão e de ansiedade e a satisfação nos cinco factores em análise.

Na percepção que os pacientes têm sobre a sua doença e o tratamento registou-se que os pacientes consideram que a sua doença tem um grande impacto na sua vida quotidiana o que associado ao facto de sentirem os sintomas e que percepcionarem que têm pouco controlo sobre a evolução desta doença que se sintam terão de lidar com a doença por um período de tempo dilatado. Contudo, verifica-se que apresenta confiança no processo terapêutico no qual estão envolvidos pelo que apresentam um estado emocional que é afectado de forma significativa pelo seu estado físico.

CONCLUSÃO

A satisfação dos utentes é hoje uma preocupação imperativa que se impõe numa época onde a informação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todas as áreas. Por outro lado, o nível de conhecimentos e de literacia da população aumentou, e o relacionamento do utente com o binómio saúde/doença, e também com o seu tratamento está a mudar necessariamente de uma forma mais passiva para uma forma cada vez mais participada, aos mais variados níveis de exigência, com vista a atingir a excelência dos serviços de saúde.

A realização desta pesquisa nos serviços de radiodiagnóstico e imagiologia do Hospital Distrital de Santarém permitiu-nos avaliar o nível de satisfação dos seus utilizadores, e foi uma forma de se poder identificar alguns aspectos relacionados com a visão destes em relação à prestação de determinados cuidados de saúde e de apoio à gestão do auto-cuidado, nomeadamente, a nível da qualidade, eficiência, e aceitabilidade. Foi também uma forma de perceber que determinados aspectos psicossociais do doente poderão estar sempre presentes e podem estar relacionados ou influenciar a sua satisfação com esses cuidados de saúde.

O estudo da satisfação dos utentes que recorreram ao serviço de imagiologia do Hospital Distrital de Santarém foi dividido em quatro áreas ou dimensões fundamentais: a satisfação com ambiente clínico, com questões sobre acessos, horários, tempos de espera e atendimento; a satisfação na inter-acção com o técnico de saúde, com questões sobre a atitude, interesse e diálogo; a satisfação com a informação comunicada, com questões sobre informações escritas sobre o serviço e exames, e explicações orais sobre os exames e resultados; e a satisfação global, com questões sobre a confiança, a qualidade global do atendimento e cuidados, e a percepção global da doença e tratamento.

Na análise resultados, relativamente às dimensões da interacção com o técnico de saúde e da satisfação global, verificaram-se altos níveis de satisfação dos doentes de um modo geral, com alguma excepção ao diálogo sobre os seus problemas e à avaliação dos aspectos com a própria saúde, onde se registaram menores níveis de satisfação.

Em relação às dimensões do ambiente clínico e da informação comunicada, é de referir que, de um modo geral, os utentes ficaram satisfeitos com as condições físicas e estruturais do serviço de imagiologia.

Nestes dois pontos, os critérios com mais neutralidade ou mais valorizados negativamente pelos utentes foram o conforto da sala de espera e das instalações do serviço, e também as informações escritas sobre o serviço de imagiologia e sobre os aspectos relacionados com o exame a ser submetido. Também neste particular sobre informações comunicadas, se registou níveis baixos de satisfação quanto às informações prestadas sobre os resultados do exame.

Na relação entre as variáveis sócio – demográficas e as dimensões da satisfação não foram apuradas evidências significativas de que estas variáveis influenciem os níveis de satisfação.

Na relação entre as variáveis clínicas e as dimensões da satisfação, concluiu-se que existiam diferenças significativas na satisfação com as condições do serviço e com os tempos de espera, em que os pacientes da consulta externa do hospital apresentaram menores níveis de satisfação do que os pacientes do internamento. Estes resultados podem significar que os doentes da consulta externa terão sempre maiores tempos de espera para as suas consultas e exames, pelo que apresentarão menores níveis de satisfação.

Nas variáveis psicossociais não se verificaram associações significativas entre os níveis de depressão e ansiedade e as dimensões da satisfação. Concluiu-se ainda que os pacientes não apresentaram níveis de depressão, mas apresentaram um grau de ansiedade que pode ser considerado como moderado. Já na questão da percepção que os doentes têm sobre a sua doença e tratamento, registou-se que os pacientes consideram que a sua doença tem um grande impacto na sua vida quotidiana, o que, associado ao facto de sentirem sintomas e sentirem que têm pouco controlo sobre a evolução da sua doença, percebem que terão de lidar com a sua doença durante um período de tempo dilatado.

Em sùmula, os resultados deste estudo enfatizam a importância da comunicação / informação e relacionamento interpessoal, e das condições e tempos de espera na satisfação dos utentes com os cuidados de saúde recebidos no serviço de Imagiologia, o que também se pode reflectir nas suas representações em relação aos profissionais de saúde e à medicina.

Quanto melhor é a satisfação mais positivas deverão ser as representações dos pacientes em relação aos técnicos de diagnóstico e aos serviços de radiodiagnóstico e de Imagiologia.

Assim, juntamente com a análise dos tempos de espera e dos melhoramentos das condições ambientais, a necessidade de formação dos profissionais de saúde na aplicação do modelo biopsicossocial e, especificamente, ao nível das competências de comunicação que lhes permitam gerir os aspectos mais pessoais da relação profissional de saúde – utente, parece ser imprescindível se quisermos melhorar a qualidade e satisfação dos pacientes com os serviços recebidos nos cuidados de saúde em imagiologia.

Constituiu um ponto de partida importante tanto para a melhoria dos processos na consulta de radiodiagnóstico e imagiologia do Hospital Distrital de Santarém, como para a construção de um sistema de avaliação continuada da satisfação dos doentes que consideramos necessário implementar, e também para investigações sobre os factores biopsicossociais que determinam ambas, a satisfação do paciente e as suas atitudes face aos profissionais de saúde e face aos exames de imagiologia.

Uma das limitações deste estudo prende-se com a dimensão da amostra que é de 72 pacientes, o que pode ter enviesado os resultados da análise factorial efectuada ao Questionário de Satisfação de Cuidados de Saúde em Imagiologia. Esta pode ser uma das causas para alguns dos factores obtido através deste procedimento estatístico terem apresentado uma consistência interna reduzida.

Mas também é necessário ter presente, como alertam vários autores, que neste tipo de estudos os resultados podem ser afectados pelo facto de os pacientes, por questões sociais, podem ser levados a responder de acordo com o que acham que é socialmente desejável e não expressarem as suas verdadeiras opiniões, existindo deste modo o chamado “*ceiling effect*”.

Neste sentido, considera-se importante o surgimento de estudos com o intuito de criar e validar instrumentos de medição da satisfação do paciente com os serviços de saúde prestados, em particular no serviço de Imagiologia.

PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Este plano insere-se no âmbito do curso de mestrado de Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde, na especialidade de Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde.

O plano de intervenção encontra-se estruturado em três itens: 1.contexto; 2.identificação dos pontos a melhorar; e 3.plano de acção estratégica.

1. CONTEXTO

Este plano de intervenção é elaborado de acordo com os resultados obtidos no estudo realizado sobre satisfação dos utentes utilizadores do serviço de Imagiologia do Hospital Distrital de Santarém, cujo título é *“Percepção de doença e tratamento, estado emocional e satisfação dos utentes no serviço de Imagiologia”*.

Pretendia-se com este estudo auscultar a opinião do utente, tendo em conta a relação que alguns aspectos psicológicos podem ter na sua satisfação, e tendo-se como pressuposto que qualquer tentativa de melhorar a qualidade dos cuidados deve ser centrada no utente.

É importante referir que a opinião do utente, embora sendo muito importante, é apenas um dos elementos a ter em conta quando se pretende implementar medidas correctivas para a melhoria dos cuidados, pois a perspectiva dos profissionais de saúde deverá ser também auscultada e tida em conta em complementaridade com os dados aqui obtidos.

Considera-se também importante referir que a primeira medida a implementar decorrente deste estudo, é a sua utilização como instrumento de reflexão, não como instrumento de arquivo, mas como instrumento de diálogo e acção informada, resultante de uma metodologia de trabalho em equipa. É neste contexto que se devem gerar as medidas correctivas a implementar, estabelecendo planos claros de avaliação da eficácia dessas mesmas medidas.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS A MELHORAR

O ambiente clínico e os tempos de espera

Detectou-se menor índice de satisfação no aspecto do conforto da sala de espera e das instalações do serviço, verificando-se algumas queixas de utentes sobre essa situação e também sobre o desconforto da temperatura ambiente das salas de exames.

São factores que podem agravar a insatisfação com os tempos de espera nesta unidade de saúde, uma vez que se verificaram diferenças significativas na satisfação com as condições do serviço e o tempo de espera entre os doentes do internamento e os da consulta externa do hospital, em que estes últimos expressaram menores valores de satisfação.

Poderá existir um problema susceptível de afectar a satisfação dos utentes, que é o sistema actual de marcação de exames, que também pode interferir com os tempos de espera. Este sistema precisa de ser analisado, não em termos de conjunto de todos os serviços, mas por cada modalidade de exames de imagiologia, já que cada uma tem a sua especificidade própria, podendo utilizar-se uma consulta aos profissionais técnicos de saúde e administrativos, e aos utentes, pois estes poderão preferir o sistema de horas certas para o seu exame, ou então por ordem de chegada.

Informação comunicada

Os resultados revelam que existe ainda uma carência grande a nível do fornecimento da informação escrita e oral sobre o serviço de imagiologia e sobre os exames a realizar.

As medidas correctivas podem passar pela criação de mais materiais informativos e mais diversificados, de acordo com cada especificidade inerente a cada tipo de exame de diagnóstico por imagiologia. Também pode passar pela organização de consultas prévias aos utentes, para prestação de informações e esclarecimentos sobre determinados exames cuja especialização e especificidade assim o exige, evitando o desconhecimento até ao dia do exame, garantindo uma melhor preparação técnica e psicológica do doente ao exame, garantindo também uma melhor adesão deste ao seu exame e tratamento.

De referir que a maioria dos utentes não tem a escolaridade obrigatória, pelo que se impõe a criação de materiais informativos alternativos, como a existência de vídeos ou sessões informativas breves, inclusive fazendo aproveitamento dos tempos de espera.

Relação profissional de saúde - utente

Verificou-se que os técnicos de diagnóstico, embora tenham sido referidos pelos pacientes com valores altos de satisfação nos aspectos de bom modo, cortesia e simpatia, e mostrarem interesse pelo doente, falam pouco com este sobre os seus problemas e preocupações, e sobre os resultados do exame.

Parece existir alguma limitação dos técnicos de diagnóstico no domínio afectivo interpessoal dos cuidados, o que necessita de particular atenção, pois é um requisito essencial da humanização dos cuidados e da aplicação prática do chamado “modelo biopsicossocial”.

Esta avaliação pode reflectir uma dificuldade do profissional de saúde em lidar afectivamente com o doente, muitas vezes justificada com a necessidade de se ser objectivo em relação ao doente, e de não se ter tempo para dialogar com ele para além do exame a realizar.

Deste modo, a necessidade de formação dos profissionais de saúde do serviço de Imagiologia na aplicação do modelo biopsicossocial e, especificamente, ao nível das competências de comunicação que lhes permitam gerir os aspectos mais pessoais da relação profissional de saúde – utente, parece ser imprescindível se quisermos melhorar a qualidade e satisfação dos pacientes com os serviços recebidos.

Constituiu um ponto de partida importante tanto para a melhoria dos processos na consulta de radiodiagnóstico e Imagiologia do Hospital Distrital de Santarém, como para a construção de um sistema de avaliação continuada da satisfação dos doentes que consideramos necessário implementar, e também para investigações sobre os factores biopsicossociais que determinam ambas, a satisfação do paciente e as suas atitudes face aos profissionais de saúde e exames de imagiologia.

3. PLANO DE ACÇÃO ESTRATÉGICA

As medidas correctivas sugeridas no ponto anterior organizam-se, essencialmente, nas quatro rubricas seguintes:

ACÇÃO	❖ GESTÃO DOS ESPAÇOS, DA INFORMAÇÃO E DOS RECURSOS MATERIAIS
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none">➤ Melhorar a qualidade dos espaços, humanizando-os;➤ Elaborar mais materiais informativos;➤ Gerir a utilização da informação e de materiais informativos.
OPERACIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Aumentar o conforto das salas de espera e das instalações, incluindo o aumento do conforto das salas de exames;▪ Criação de mais materiais informativos (brochuras, folhetos, vídeos) sobre: os serviços disponíveis; horários de marcação, realização e disponibilização de exames; tipo de exames com a descrição das particularidades de cada exame, objectivo, duração, preparação, sensações possíveis e como lidar com elas, e efeitos secundários (se houver);▪ Organizar sessões com grupos de técnicos de saúde para consultas de informação aos utentes sobre os exames a realizar, nomeadamente aqueles que cuja especificidade justifica prévia informação.
PROGRAMA DE ACÇÃO	<ul style="list-style-type: none">✓ O mais urgentemente possível
ACÇÃO	❖ GESTÃO DE CUIDADOS E DE POLÍTICA DA SAÚDE
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none">➤ Garantir a satisfação dos utentes no serviço de imagiologia;➤ Aumentar a qualidade dos cuidados de saúde em imagiologia;➤ Diminuir os tempos de espera.
OPERACIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar contínua e aprofundadamente a satisfação do utente no serviço de imagiologia a partir da base aqui estabelecida, tendo em conta as medidas a implementadas ou a implementar;▪ Avaliar mais aprofundadamente os cuidados de saúde em imagiologia, devendo realizar essa avaliação por sectores, ou seja, por modalidades de exames de imagiologia;▪ Rever o actual sistema de marcação de exames de imagiologia, envolvendo os técnicos de diagnóstico, os administrativos e os utentes.
PROGRAMA DE ACÇÃO	<ul style="list-style-type: none">✓ De imediato na revisão do sistema de marcação de exames, e ao longo de cada ano civil nos outros casos.

ACÇÃO

OBJECTIVOS

OPERACIONALI ZAÇÃO

PROGRAMA DE ACÇÃO

❖ FORMAÇÃO

- Potenciar uma cultura de qualidade e de humanização dos cuidados de saúde em imagiologia;
 - Estimular e otimizar a comunicação com o utente e família.
 - Promover formações aos técnicos de diagnóstico e outros profissionais envolvidos nos cuidados de saúde em imagiologia, no conhecimento e na aplicação do modelo biopsicossocial à avaliação e intervenção na pessoa com problemas de saúde;
 - Promover formações aos técnicos de diagnóstico e outros profissionais envolvidos nos cuidados de saúde em imagiologia, em competências de comunicação e gestão dos aspectos emocionais / afectivos da relação profissional de saúde – utente.
- ✓ Pelo período necessário para garantir a formação de todos os profissionais, a iniciar de imediato.

ACÇÃO

OBJECTIVOS

OPERACIONALI ZAÇÃO

PROGRAMA DE ACÇÃO

❖ INVESTIGAÇÃO

- Promover uma cultura de avaliação rigorosa e adequada aos serviços prestados nos cuidados de saúde em imagiologia;
 - Implementar modalidades e instrumentos de avaliação que permitam diagnosticar as dificuldades e identificar aspectos e factores determinantes da qualidade dos cuidados de saúde em imagiologia, e também identificar os progressos.
 - Investigar os factores relativos aos utentes, profissionais de saúde e gestão de cuidados que possam determinar o aumento dos tempos de espera;
 - Investigar aprofundadamente os vários aspectos que determinam a qualidade dos cuidados de saúde no serviço de imagiologia, de modo a se identificarem problemas e medidas correctivas específicas;
 - Investigação de quais as variáveis biopsicossociais que possam influenciar a escolha dos serviços e dos profissionais por parte dos utentes, e a sua possível relação nos exames de diagnóstico em imagiologia com o nível de adesão e colaboração face a esses exames.
- ✓ O mais urgentemente possível no caso da determinação dos tempos de espera, e por períodos bianuais nos outros casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alderson, P. (2000). Customer Service and Satisfaction in Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 175: 319-323.

Almeida, J. *et al* (2000). Grau de satisfação dos doentes e da utilização de serviços numa consulta de Imunoalergologia dum Hospital Público de Ensino. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, Abri – 1 Junho vol.8 nº 1.

Al-Windi, A. (2005). Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*, 13: 67-74.

Angerami, A. *et al* (1998). *Urgências Psicológicas no Hospital*. Editor Thomson.

Broadbent, E.; Petrie, K.; Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 631-637.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – Guia para auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carraça, I. (1994). *Omissão e Partilha no Acto Médico*. Porto: Laboratórios Bial.

Coelho, P. (2004). *Estudos de Mercado – Amostragem e trabalho de campo*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. *Doentes direitos e deveres*. Ministério da Saúde: Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Corney, R. (1996). *Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e de Aconselhamento em Medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cunha, M.; Rego, A.; Cunha, R.; Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH.

Devcich, D.; Ellis, C. ; Gamble, G. ; Petrie, K. (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis: Changes in illness representations immediately following coronary angiography. *Journal of Psychosomatic Research*, 65: 553-556.

Davis, H.; Fallowfield, L. (1991). *Counselling and communication in health care*. England: John Wiley & Sons.

Duarte, S. (2002). *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?*. Coimbra: Quarteto Editora.

Enelow, A.; Forde, D.; Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, S. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: o papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Braga: Universidade do Minho.

Ferreira, P.; Luz, A.; Valente, S.; Raposo, V.; Godinho, P.; Felício, E. (2001). Determinantes da satisfação dos pacientes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático 2: 53-61.

Ferreira, P. *et al* (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde

Fonseca, J., Tavares, C.; Rodrigues, J.; Moreira-Silva, J.; Costa-Pereira, A.; Vaz, M.. (2000). Grau de satisfação dos doentes e da utilização de serviços numa consulta de

Imunoalergologia dum hospital público de ensino. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 8: 27-35.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Franco, M.; Florentim, R. (2006). A satisfação dos pacientes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24: 21-35.

Hall, J.; Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30, 811-818

Hill, A.; Hill, M. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hills, R. *et al* (2008). *Physiotherapy Theory and Practice an International Journal of Physiotherapy*. Publisher. Informa Healthcare. London.

Hopton, J.; Howei, J.; Porter, M. (1993). The need for another look at the patient in General Practice satisfaction survey. *Journal of Family Practice*, 10: 82-87.

Jackson, J.; Kinsey, J.; Fiddler, M.; Creed, F.; Tomenson, B. (2004). Differences between out-patients with physical disease and those with medically unexplained symptoms with respect to patient satisfaction, emotional distress and illness perception. *British Journal of Health Psychology*, 9: 433-446.

Leal, R. (1999). *Gestão da qualidade em serviços bancários: análise de falhas e recuperação de serviço*. Dissertação do grau de Doutor em Engenharia Industrial, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Leventhal, H.; Camenon, L; Love, R. (1998). Trait Anxiety, Symptom perceptions and Illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifem clinical trial. *Health Psychology*, 17: 459-469.

Marconi, M.; Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.

Marín, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Proyecto Editorial.

McHorney, C. (1999). Health Status Assessment, and Methods for Adults: Past Accomplishments and Future Challenges. *Annual Review of Public Health*, 20: 3009-335.

McIntyre, T.; Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos pacientes dos serviços de saúde na região norte*. Administração Regional de Saúde do Norte e Universidade do Minho.

Moja, E.; Vegni E. (1998). *La medicina centrata sul paziente*. Ann Ital Med Int, Gen-Mar; 13:56-64.

Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Editora Climepsi.

Mucchielli, R. (1979). *Formação Permanente em Ciências Humanas, A Entrevista não Directa*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.

Muntlin, A., Gunningberg, L.; Carlsson, M. (2006). Patient's perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1045-1056.

Myerscough, P. (1989). *Como comunicar com os doentes*. Mem Martins: Publicações Europa América..

Pereira, M.; Araújo-Soares, V.; McIntyre, T. (2001). Satisfação do paciente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2: 69-80.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Proença, J. et al. (2000). *O Hospital Português – Os Profissionais de Saúde – A gestão e o Paciente*. Vida Económica. Conferforum.

Ribeiro, F. (2001). *A Comunicação na Prática de Exames Complementares de Diagnóstico Cardiovascular – Relação do médico e do cardiopneumologista com o paciente*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde; orientada pelo Professor Dr. Hermano Carmo. Lisboa: Universidade Aberta.

Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde – Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Editora Quarteto.

Scascighini, L.; Angst, F.; Uebelhart, D.; Aeschlimann, A. (2008). Translation, transcultural adaptation, reliability and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German. *Physiotherapy*, 94: 43-55.

Serrão, D.; Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.

Serrano – del – Rosal, R.; Vera – Toscano, E.; Ateca – Amestoy, V. (s.d.). Searching for the most suitable tool to measure satisfaction with healthcare: the importance of patient discontent. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía.

Silva, L.; País-Ribeiro, J.; Cardoso, H. (2008). Contributo para a adaptação para a população portuguesa de uma escala de avaliação da qualidade de vida específica para doentes com obesidade: a ORWELL-97. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9: 29-48.

Sitzia, J.; Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: A Review of issues and Concepts. *Social Science & Medicine*, 45: 1829-1843.

Sousa, C.; Pereira, M. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com Esclerose Múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia: Saúde e Doenças*, 9: 1-14.

Staniszewska, S.; Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29: 364-372.

Vaitsman, J.; Andrade, G. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10: 599-613.

Yellen, E.; Davis, G.; Ricard, R. (2002). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 16: 23-29.

ANEXOS

Anexo I - Inquérito e consentimento informado

Ex.mo(a) Sr. (a):

Pretendemos identificar e avaliar o grau de satisfação dos pacientes utilizadores do Serviço de Imagiologia do Hospital Distrital de Santarém, que são submetidos a exames de imagiologia (radiodiagnóstico geral e especial, ecografia, mamografia e tac), no que respeita às instalações e ao seu modo de funcionamento, ao atendimento pelo pessoal técnico de saúde e administrativos, à informação comunicada ao paciente, e à percepção sobre a sua doença e tratamento.

Este estudo poderá significar, entre outras virtudes, a possibilidade de identificar situações que necessitem de ser melhoradas, com vista a proporcionar aos pacientes utilizadores do Serviço de Imagiologia uma constante melhoria dos cuidados de saúde que aí se praticam.

Para que tal seja possível, necessitamos do seu consentimento informado e, por isso, respeitamos neste estudo o seu direito à intimidade e garantimos o anonimato e confidencialidade, bem como a protecção contra o desconforto e o prejuízo.

Consentimento:

Para efeitos e objectivos do presente estudo, declaro que participo de livre e inteira vontade nesta investigação, com o direito à autodeterminação, ou seja, à possibilidade de cessar a minha participação em qualquer momento. Foram-me garantidos também, no presente estudo, os direitos à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, e à protecção contra o desconforto e o prejuízo.

Santarém, ____/____/____

Anexo II - Questionário

Caro Paciente do Serviço de Imagiologia / TAC do Hospital de Santarém, EPE:

Como paciente deste serviço precisamos da sua opinião para avaliarmos a qualidade dos serviços prestados. Por favor, colabore respondendo aos questionários que se seguem.

Não existem respostas boas ou más. Procure apenas dar a sua opinião sobre cada questão.

Todas as respostas a estes questionários são confidenciais e serão usadas apenas para um estudo académico e para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde.

Só com a sua preciosa ajuda e a de todos poderemos fazer melhor.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Por favor informe-nos qual o Serviço e especialidade da sua proveniência (de onde veio), e qual o exame que foi realizar:

• Fui ao RX / TAC através da Consulta Externa / Internamento
deste Hospital, na especialidade de:

Cardiologia Cirurgia Medicina Ortopedia

Outra: _____

• Fui por motivo de realização de exame de:

Radiodiagnóstico Geral
(Tórax, Abdómen, ossos, etc.)

Tac

Radiodiagnóstico especial
(Exames com contraste ingerido, introduzido ou injectado)

Ecografia

Mamografia

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM IMAGIOLOGIA

QUESTIONÁRIO I

De seguida são apresentadas diversas afirmações. Pedimo-lhe que, de acordo com o que pensa e sente, assinale nas quadrículas o seu grau ou o seu nível de satisfação correspondente a cada uma das seguintes questões:

1. A comodidade e facilidade dos acessos ao Serviço de Imagiologia / Tac deixaram-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

2. O horário de atendimento do Serviço de Imagiologia / Tac deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

3. O tempo de espera na recepção para ser atendido deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

3. Não se aplica

4. O modo de atendimento do pessoal da recepção (amabilidade e prontidão), deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

4. Não se aplica

5. O tempo demorado para a marcação (programação) do meu exame deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

6. O conforto da sala de espera e das instalações do Serviço de Imagiologia (decoração, comodidade, limpeza, temperatura, ruído, iluminação), deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

7. O tempo de espera até à chamada para realizar o meu exame deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

8. O respeito pela minha privacidade no Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

9. A oportunidade que tive para dialogar com o Técnico de Diagnóstico (Médico(a) Radiologista ou Técnico(a) de Radiologia) sobre os meus problemas ou preocupações, deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

10. O interesse e atenção que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico demonstrou para tentar compreender ou ouvir as minhas preocupações antes de proceder ao exame, deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

11. O modo como o(a) Técnico(a) de Diagnóstico me explicava o que ia fazendo durante o exame, deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

12. A cortesia e simpatia do(a) Técnico(a) de Diagnóstico durante o exame deixaram-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

13. A informação escrita existente sobre o Serviço de Imagiologia / TAC (serviços que oferece / tipo de exame, horários existentes, meios de contactar o serviço), deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

14. A informação escrita e antecipada sobre os objectivos do exame a que ia ser submetido(a) (como ia ser feito, quais as sensações possíveis, qual o tempo necessário), deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

15. As explicações antecipadas que o(a) Técnico(a) de Diagnóstico deu acerca do exame que aí realizei (como ia ser feito, o que se pretendia saber ou ver no exame, o tempo que ia demorar, se iria sentir alguma coisa), deixaram-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

16. As informações dadas pelo(a) Técnico(a) de Diagnóstico sobre os resultados do meu exame, se havia algo certo ou errado comigo, deixaram-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

Satisfação Global

17. A confiança que sinto ter nos profissionais do Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

18. A qualidade global do meu atendimento no Serviço de Imagiologia / TAC deixou-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

19. Globalmente, no aspecto da relação entre a minha situação de saúde e os cuidados que têm comigo, sinto-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

20. Globalmente, em relação à minha saúde neste momento, sinto-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

21. Globalmente, em relação ao tipo ou à natureza dos tratamentos que necessito ou que vou necessitar para atingir bons resultados para a minha saúde, sinto-me:

Muito Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Nem satisfeito Nem insatisfeito <input type="checkbox"/>	Insatisfeito <input type="checkbox"/>	Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

22. No decurso do meu exame e da minha estadia no Serviço de Imagiologia / TAC, do que mais gostei nesse serviço foi:

23. No decurso do meu exame e da minha estadia no Serviço de Imagiologia / TAC, do que menos gostei nesse serviço foi:

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Os meus dados sócio – demográficos são os seguintes:

24. Sexo:

- Feminino
 Masculino

25. Grupo etário:

- Menos de 25 Anos; 45 – 54 Anos
 25 – 34 Anos; 55 – 64 Anos
 35 – 44 Anos; 65 – 74 Anos
 75 Ou mais

26. Habilitações literárias:

- Não sabe ler nem escrever Secundário (10º ao 12º) completo
 Sabe ler e escrever Bacharelato
 1º Ciclo (1º ao 4º ano) completo; Licenciatura
 2º Ciclo (5º ao 6º ano) completo; Pós-Graduação
 3º Ciclo (7º ao 9º ano) completo;

27. Situação profissional:

- Trabalhador (a) por conta própria; Desempregado (a)
 Trabalhador (a) por conta de outrem, em: Reformado, pensionista
 Empresa Pública Doméstica
 Empresa Privada Estudante
 Funcionário Público Outra: _____

Muito obrigado pela sua excelente colaboração.

José Manuel Barbosa
(Mestrando em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde)

Nota: Estes inquéritos são anónimos e confidenciais

QUESTIONÁRIO II

Estamos interessados em conhecer a sua opinião acerca da sua doença.

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

1. Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?

Não me afecta nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afecta gravemente a minha vida
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

2. Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?

Muito pouco tempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Para sempre
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

3. Qual o grau de controlo que sente ter sobre a sua doença?

Nenhum controlo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tenho muitíssimo controlo
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

4. Até que ponto pensa que o seu tratamento o(a) pode ajudar na sua doença?

Não vai ajudar nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vai ajudar muito
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

5. Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?

Nenhum sintoma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitos sintomas
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

6. Qual o grau de preocupação com a sua doença?

Nada preocupado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente preocupado
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

7. Até que ponto sente que compreende bem a sua doença?

Não compreendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compreendo totalmente
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

8. Até que ponto a sua doença o(a) afecta emocionalmente? (ex. faz sentir-se zangado/a, assustado/a)

Não me afecta emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afecta-me muitíssimo emocionalmente
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------------

QUESTIONÁRIO III

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber mais acerca desses sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Leia cada frase e assinale com uma cruz (x) a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana.

Não pense muito tempo com cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

Sinto-me tenso:	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando, ocasionalmente
	<input type="checkbox"/>	Nunca

Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:	<input type="checkbox"/>	Tanto como gostava
	<input type="checkbox"/>	Não tanto como gostava
	<input type="checkbox"/>	Só um pouco do que gostava
	<input type="checkbox"/>	Nada como gostava

Eu sinto-me um pouco assustado(a) como se algo terrível estivesse para acontecer:	<input type="checkbox"/>	Sim, e bastante forte
	<input type="checkbox"/>	Sim, mas não tão forte
	<input type="checkbox"/>	Um pouco, mas isso não me preocupa
	<input type="checkbox"/>	Não, de maneira nenhuma

Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:	<input type="checkbox"/>	Tanto como costumava conseguir
	<input type="checkbox"/>	Não tanto como costumava conseguir
	<input type="checkbox"/>	Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
	<input type="checkbox"/>	Não, de maneira nenhuma

Tenho preocupações que não me saem da cabeça:	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	Muito tempo
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando, mas não muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	Apenas ocasionalmente

Sinto-me alegre:	<input type="checkbox"/>	Nunca
	<input type="checkbox"/>	Poucas vezes
	<input type="checkbox"/>	Às vezes
	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo

Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado:	<input type="checkbox"/>	Sim, definitivamente
	<input type="checkbox"/>	Geralmente
	<input type="checkbox"/>	Poucas vezes
	<input type="checkbox"/>	De modo nenhum

Sinto-me mais vagaroso (lento):	<input type="checkbox"/>	Quase sempre
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	Às vezes
	<input type="checkbox"/>	Nunca

Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago (“borboletas”):	<input type="checkbox"/>	Nunca
	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
	<input type="checkbox"/>	Bastantes vezes
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes

Perdi o interesse pela minha aparência:	<input type="checkbox"/>	Sim, definitivamente
	<input type="checkbox"/>	Não me cuido tanto como devia
	<input type="checkbox"/>	Talvez não me cuide tanto
	<input type="checkbox"/>	Cuido-me como sempre

Sinto-me inquieto(a) como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para outro:	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Sim, bastante
	<input type="checkbox"/>	Não muito
	<input type="checkbox"/>	Não, de forma alguma

Antecipo as coisas com satisfação:	<input type="checkbox"/>	Tanto como eu costumava fazer anteriormente
	<input type="checkbox"/>	Um pouco menos que anteriormente
	<input type="checkbox"/>	Muito menos que anteriormente
	<input type="checkbox"/>	Quase nunca

Tenho sentimentos súbitos de pânico:	<input type="checkbox"/>	Com muita frequência
	<input type="checkbox"/>	Bastantes vezes
	<input type="checkbox"/>	Não muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	Nunca

Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou rádio:	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
	<input type="checkbox"/>	Às vezes
	<input type="checkbox"/>	Poucas vezes
	<input type="checkbox"/>	Raramente

Agora, certifique-se que respondeu a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo III – Resultados da inferência estatística

Tabela 35. Comunalidades

Communalities		
	Initial	Extraction
P2	1,000	,661
P5	1,000	,830
P9	1,000	,840
P10	1,000	,889
P11	1,000	,809
P12	1,000	,850
P13	1,000	,876
P14	1,000	,824
P15	1,000	,746
P17	1,000	,917
P6	1,000	,837
P1	1,000	,741
P18	1,000	,904

Extraction Method:
Principal Component
Analysis.

Tabela 36. Extração de factores

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,876	45,203	45,203	5,876	45,203	45,203	4,075	31,345	31,345
2	1,530	11,767	56,970	1,530	11,767	56,970	1,909	14,682	46,026
3	1,271	9,779	66,749	1,271	9,779	66,749	1,732	13,320	59,346
4	1,150	8,847	75,595	1,150	8,847	75,595	1,724	13,264	72,611
5	,897	6,900	82,495	,897	6,900	82,495	1,285	9,884	82,495
6	,579	4,452	86,947						
7	,474	3,646	90,593						
8	,338	2,599	93,192						
9	,316	2,430	95,622						
10	,233	1,794	97,416						
11	,142	1,096	98,512						
12	,111	,856	99,367						
13	,082	,633	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P10	15,03	7,661	,902	,848	,905
P12	14,78	9,133	,840	,789	,920
P11	14,94	8,532	,823	,744	,920
P9	15,17	8,282	,818	,751	,921
P15	15,08	9,063	,773	,608	,929

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:orientacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	4,663 ^a	5	,933	1,983	,093	,134
Intercept	6,874	1	6,874	14,612	,000	,186
classDepressaorecod	1,561	2	,781	1,659	,198	,049
totalIPQ	,973	1	,973	2,068	,155	,031
classDepressaorecod * totalIPQ	1,849	2	,925	1,965	,148	,058
Error	30,108	64	,470			
Total	1028,920	70				
Corrected Total	34,771	69				

a. R Squared = ,134 (Adjusted R Squared = ,066)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:orientacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	5,564 ^a	5	1,113	2,438	,044	,160
Intercept	13,447	1	13,447	29,466	,000	,315
totalIPQ	,038	1	,038	,084	,773	,001
classAnsiedaderecod	,587	2	,294	,643	,529	,020
classAnsiedaderecod * totalIPQ	1,080	2	,540	1,184	,313	,036
Error	29,207	64	,456			
Total	1028,920	70				
Corrected Total	34,771	69				

a. R Squared = ,160 (Adjusted R Squared = ,094)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:competenciatecnica

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	,864 ^a	5	,173	,573	,721	,043
Intercept	13,517	1	13,517	44,829	,000	,412
totalIPQ	,130	1	,130	,430	,514	,007
classAnsiedaderecod	,164	2	,082	,272	,762	,008
classAnsiedaderecod * totalIPQ	,057	2	,028	,094	,910	,003
Error	19,297	64	,302			
Total	1160,250	70				
Corrected Total	20,161	69				

a. R Squared = ,043 (Adjusted R Squared = -,032)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:competenciatecnica

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,368 ^a	5	,274	,932	,467	,068
Intercept	5,167	1	5,167	17,597	,000	,216
totalIPQ	,262	1	,262	,892	,348	,014
classDepressaorecod	,405	2	,203	,690	,505	,021
classDepressaorecod * totalIPQ	,467	2	,233	,794	,456	,024
Error	18,793	64	,294			
Total	1160,250	70				
Corrected Total	20,161	69				

a. R Squared = ,068 (Adjusted R Squared = -,005)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:informacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	3,755 ^a	5	,751	2,061	,082	,139
Intercept	4,964	1	4,964	13,624	,000	,176
totalIPQ	,732	1	,732	2,009	,161	,030
classDepressaorecod	1,240	2	,620	1,702	,190	,051
classDepressaorecod * totalIPQ	1,418	2	,709	1,946	,151	,057
Error	23,316	64	,364			
Total	718,500	70				
Corrected Total	27,071	69				

a. R Squared = ,139 (Adjusted R Squared = ,071)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:informacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2,803 ^a	5	,561	1,479	,209	,104
Intercept	9,530	1	9,530	25,131	,000	,282
totalIPQ	,021	1	,021	,056	,814	,001
classAnsiedaderecod	,600	2	,300	,792	,457	,024
classAnsiedaderecod * totalIPQ	,770	2	,385	1,015	,368	,031
Error	24,268	64	,379			
Total	718,500	70				
Corrected Total	27,071	69				

a. R Squared = ,104 (Adjusted R Squared = ,034)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:organizacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,415 ^a	5	,283	1,603	,172	,111
Intercept	13,915	1	13,915	78,795	,000	,552
totalIPQ	,034	1	,034	,193	,662	,003
classAnsiedaderecod	,398	2	,199	1,127	,330	,034
classAnsiedaderecod * totalIPQ	,351	2	,176	,994	,376	,030
Error	11,303	64	,177			
Total	1065,750	70				
Corrected Total	12,718	69				

a. R Squared = ,111 (Adjusted R Squared = ,042)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:organizacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	3,077 ^a	5	,615	4,085	,003	,242
Intercept	4,711	1	4,711	31,273	,000	,328
totalIPQ	,236	1	,236	1,570	,215	,024
classDepressaorecod	,527	2	,264	1,750	,182	,052
classDepressaorecod * totalIPQ	,595	2	,298	1,976	,147	,058
Error	9,641	64	,151			
Total	1065,750	70				
Corrected Total	12,718	69				

a. R Squared = ,242 (Adjusted R Squared = ,183)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:tempoespera

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	,719 ^a	5	,144	,309	,906	,024
Intercept	2,687	1	2,687	5,782	,019	,083
totalIPQ	,025	1	,025	,055	,816	,001
classDepressaorecod	,160	2	,080	,173	,842	,005
classDepressaorecod * totalIPQ	,172	2	,086	,185	,831	,006
Error	29,742	64	,465			
Total	822,750	70				
Corrected Total	30,461	69				

a. R Squared = ,024 (Adjusted R Squared = -,053)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:tempoespera

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2,614 ^a	5	,523	1,202	,319	,086
Intercept	8,283	1	8,283	19,037	,000	,229
totalIPQ	,235	1	,235	,541	,465	,008
classAnsiedaderecod	2,271	2	1,135	2,610	,081	,075
classAnsiedaderecod * totalIPQ	2,073	2	1,037	2,383	,100	,069
Error	27,847	64	,435			
Total	822,750	70				
Corrected Total	30,461	69				

a. R Squared = ,086 (Adjusted R Squared = ,014)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:totalsatisfacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,973 ^a	5	,395	2,036	,085	,137
Intercept	12,024	1	12,024	62,058	,000	,492
totalIPQ	,066	1	,066	,339	,563	,005
classAnsiedaderecod	,237	2	,119	,612	,545	,019
classAnsiedaderecod * totalIPQ	,294	2	,147	,759	,472	,023
Error	12,401	64	,194			
Total	956,237	70				
Corrected Total	14,373	69				

a. R Squared = ,137 (Adjusted R Squared = ,070)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:totalsatisfacao

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2,591 ^a	5	,518	2,815	,023	,180
Intercept	5,230	1	5,230	28,410	,000	,307
totalIPQ	,475	1	,475	2,579	,113	,039
classDepressaorecod	,790	2	,395	2,146	,125	,063
classDepressaorecod * totalIPQ	,943	2	,472	2,561	,085	,074
Error	11,782	64	,184			
Total	956,237	70				
Corrected Total	14,373	69				

a. R Squared = ,180 (Adjusted R Squared = ,116)

ADM. HOSPITAL DE SANTARÉM
ADMINISTRAÇÃO
N.º ENTRADA 554
DATA 18/7/08

*Ao Sr. Director do Serviço
para informar da disponibi-
lidade do Serviço.*

*08 (2)
1/08*

Ao Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

*Trata-se de instrumento para o
fim de recolha de dados
estatísticos. Contudo, deverá o
Serviço ser informado dos
Métodos e Condicionantes*

12/8/2008

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a utentes.

José Manuel de Azevedo Barbosa, Técnico Especialista de Radiologia colocado no Serviço de Imagiologia, com o n.º mec. 20335, vem por este meio solicitar a V.Ex.as se dignem autorizar a aplicação de um instrumento de recolha de dados (questionário) nesta instituição, inserido no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

A Dissertação de Mestrado subordina-se ao tema "*Avaliação do grau de satisfação dos pacientes utilizadores do Serviço de Imagiologia em exames programados de Radiodiagnóstico e Imagiologia*" e tem como objectivo identificar o grau de satisfação dos pacientes do internamento e da consulta externa deste hospital com a informação comunicada e com os vários aspectos do Serviço de Imagiologia deste Hospital, tendo em conta o tipo de doença e tratamento desses doentes, bem como os seus níveis de ansiedade ou depressão, que podem influenciar as respostas quanto à satisfação com os serviços prestados.

Os dados dos inquiridos serão confidenciais e só serão divulgados globalmente. Serão cumpridos todos os procedimentos deontológicos e assegurados os direitos dos utentes quanto a esses procedimentos, nomeadamente o consentimento informado e voluntário dos participantes. A investigação pretende abranger uma amostra constituída por cerca de 240 pacientes, durante os meses de Agosto e Setembro de 2008.

Dada a actualidade e pertinência desta problemática, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para formular um diagnóstico da opinião dos utentes sobre os aspectos dos cuidados que os satisfazem e com os quais estes se encontram insatisfeitos, onde os eventuais pontos de insatisfação poderão apontar metas para medidas correctivas a implementar a curto e a médio prazo. Os dados recolhidos também poderão constituir um primeiro ponto de referência para avaliações futuras da qualidade dos serviços, quer estas se façam a nível conjuntural do Serviço, quer se façam a nível de modalidade de Serviço com problemas específicos. No decorrer do estudo poderá ser desenvolvido um questionário válido e fiável que, assim se verifique, deverá ser utilizado no futuro para dar continuidade a esta avaliação.

Vem solicitar também a V. Ex.as se dignem autorizar-lhe a recolha de dados estatísticos importantes e imprescindíveis a este estudo, no Serviço de Estatística, para a caracterização do Hospital, do Serviço de Imagiologia e das valências e grupos clínicos existentes na e na Consulta Externa e no Internamento.

Com os melhores cumprimentos.

Investigador executante: José Manuel A. Barbosa

Investigadora Responsável: Prof. Dr.ª Adelaide Claudino

Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Santarém, 16 de Julho de 2008

José Manuel de Azevedo Barbosa

José Manuel A. Barbosa

Pcta. Prof. Bernardino Almeida Ferro, 1-3º Dto, 2005-164 Santarém

Nada a opor à realização
da entrevista nos serviços
de Internamento.

Dereá aondar em o euf
chejes a melhor oportunidade para o efeito,

**Direcção de Enfermagem do
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.**

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a doentes nos Serviços de Internamento

Jedov...
6/10/08

José Manuel de Azevedo Barbosa, Técnico Especialista de Radiologia colocado no Serviço de Imagiologia, vai proceder à aplicação de um instrumento de recolha de dados (questionário) nesta instituição, inserido no âmbito da Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

Este procedimento está devidamente autorizado pelo Conselho de Administração deste Hospital, conforme cópia da autorização que se anexa.

O questionário será aplicado a utentes que realizaram exames de Imagiologia oriundos da Consulta Externa e dos Serviços de Internamento deste Hospital.

Dada a situação especial de maior fragilidade dos doentes do Internamento, é provável que seja mais difícil a aplicação do questionário a estes doentes no Serviço de Imagiologia logo após a realização dos exames, e, prevendo-se que seja mais viável esse procedimento no dia ou dias seguintes à realização dos exames, solicita-se a devida autorização para se poder aplicar o questionário nos serviços de internamento, caso os doentes também o permitam.


Todo esse procedimento terá em conta também a devida autorização da equipa de enfermagem de serviço no momento, que decidirá se os doentes a inquirir podem ser contactados para esse efeito, e se o momento é o mais adequado para não interferir com o desenvolvimento normal das actividades do Serviço.

Esperando resposta breve,

Com os melhores cumprimentos

Investigador executante: José Manuel A. Barbosa
Investigadora Responsável: Prof. Dr.ª Adelaide Claudino
Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Santarém, 1 de Outubro de 2008


José Manuel A. Barbosa

Cópia ad

Téc. José Manuel Barbosa

Atelo

9/10/2008

Autorizado
09.03.12

[Handwritten signature]

Ao
Conselho de Administração do
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

anexada
cópia ao
Tecn. José
Barbosa
13/3/09
E. B.

Assunto: Aplicação de questionário a utentes.

José Manuel de Azevedo Barbosa, Técnico Especialista de Radiologia colocado no Serviço de Imagiologia, com o n.º mec. 20335, vem por este meio informar V. Exa. que irá proceder à segunda fase da aplicação dos instrumentos de recolha de dados (questionários) nesta instituição, na sequência de anterior pedido de autorização no mês de Julho do ano anterior, conforme cópia que junta, e inserido no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

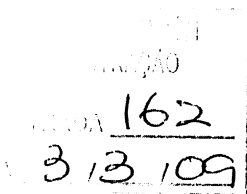
Investigador executante: José Manuel A. Barbosa
Investigadora Responsável: Prof. Dr.ª Adelaide Claudino
Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Santarém, 3 de Março de 2009

José Manuel de Azevedo Barbosa

José Manuel A. Barbosa

Pcta. Prof. Bernardino Almeida Ferro, 1-3º Dto, 2005-164 Santarém



Tomado conhecimento.
Aos euf^{os} chefe para
a necessária colaboração.

Adelaide
05/03/09

A
Direcção de Enfermagem
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Pl. Fer, ao Técnico Barbosa
Fidel

Assunto: Aplicação de questionário a utentes.

→ José Manuel de Azevedo Barbosa, Técnico Especialista de Radiologia colocado no Serviço de Imagiologia, com o n.º mec. 20335, vem por este meio informar V. Exa. que irá proceder à segunda fase da aplicação dos instrumentos de recolha de dados (questionários) nesta instituição, na sequência de anterior pedido de autorização no mês de Outubro do ano anterior, conforme cópia que junta, e inserido no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Investigador executante: José Manuel A. Barbosa
Investigadora Responsável: Prof. Dr.ª Adelaide Claudino
Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Santarém, 3 de Março de 2009



José Manuel A. Barbosa
Pcta. Prof. Bernardino Almeida Ferro, 1-3º Dto, 2005-164 Santarém

RECEBIDA	161
DATA	3/3/09

etc
Técnico José Manuel Barbosa

RE: Autorização para Questionário da Tese de Mestrado

De: **Cordia,Lda** (cordia@oninet.pt)
Enviada: quarta-feira, 7 de Maio de 2008 20:26:55
Para: 'José Manuel Barbosa' (jose.barbosa.rx@hotmail.com)

Exmo Senhor Dr. José Manuel Barbosa

Prezado Colega

Felicito-o por mais esse esforço académico e estou certo que muito contribuirá para o seu crescimento pessoal, relacional e científico, muito úteis para o indivíduo e para as Tecnologias da Saúde. Naturalmente que me sinto muito honrado com o seu pedido, pelo que merecerá a total concordância, disponibilizando-me, ainda, para qualquer apoio ou esclarecimento adicionais que considere úteis.

Grato pela deferência,
Com os meus cumprimentos,

Fernando Ribeiro

De: José Manuel Barbosa [mailto:jose.barbosa.rx@hotmail.com]
Enviada: segunda-feira, 5 de Maio de 2008 23:55
Para: Fernando Ribeiro TDT (Cardiopneumologia)
Assunto: Autorização para Questionário da Tese de Mestrado

Olá boa noite Fernando Ribeiro.

O meu nome é José Manuel Barbosa, sou Técnico de Radiologia no Hospital Distrital de Santarém, e estou a frequentar o Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, pela Univ. Évora em parceria com a ESTeSL.

Na sequência da n/ conversa telefonica, e porque a minha dissertação irá abordar um tema similar ao seu (Comunicação e Satisfação dos utentes nos exames de Radiodiagnóstico e Imagiologia), venho por este meio solicitar-lhe a devida autorização para utilizar o Questionário, que por si foi desenvolvido, validado e aplicado na Tese de Mestrado "A Comunicação na prática de exames complementares de diagnóstico cardiovascular", adaptando-o à especialidade de Radiologia/Imagiologia

Antecipadamente grato,
com os melhores cumprimentos,

José Manuel Barbosa

É altura de juntar-se à família! Obtenha agora a nova geração dos serviços gratuitos do Windows Live!
[Clica aqui!](#)

No virus found in this incoming message.
Checked by AVG.
Version: 7.5.524 / Virus Database: 269.23.10/1421 - Release Date: 07-05-2008 17:23

No virus found in this outgoing message.
Checked by AVG.
Version: 7.5.524 / Virus Database: 269.23.10/1421 - Release Date: 07-05-2008 17:23

INQUÉRITO

Estamos interessados em avaliar o grau de satisfação dos utentes que se dirigem ao Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Maria para serem submetidos a exames cardiovasculares, nomeadamente, no que respeita às instalações e seu modo de funcionamento, ao atendimento pelo pessoal médico, técnico e administrativo e aos meios tecnológicos disponíveis a utilizar.

A seguir, são apresentadas diversas afirmações. Pedimos-lhe que, de acordo com o que pensa e sente, escreva nas quadrículas o número correspondente, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Depende	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O horário de atendimento no Serviço de Cardiologia foi o adequado aos meus interesses.
2. Na recepção fui recebido com simpatia e delicadeza.
3. O tempo despendido para ser atendido, na recepção, foi o necessário.
4. O pessoal administrativo é dedicado e preocupou-se com o meu bem-estar.
5. A sala de espera e as instalações em geral são confortáveis (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações sanitárias).
6. Quando tenho que esperar para fazer exames torno-me impaciente.
7. Procuro, geralmente, distrair-me (ler, ver televisão) enquanto aguardo para fazer exames.
8. Gosto muito de conversar com as outras pessoas.
9. Gosto que os outros gostem de mim.
10. Fico impaciente enquanto os outros falam.
11. Gosto de escutar o que as outras pessoas têm para dizer.
12. Evito conversas longas e cheias de pormenor.

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

A Comunicação na Prática de Exames Complementares de Diagnóstico Cardiovascular

UNIVERSIDADE ABERTA
Mestrado em Comunicação em Saúde

13. Gosto que o médico me dê atenção e ouça os meus “problemas” antes de proceder ao exame.
14. Gosto que o técnico cardiopneumologista me dê atenção e ouça os meus “problemas” antes de iniciar o exame.
15. Partilho abertamente as minhas preocupações com o técnico de saúde quer ele seja médico, cardiopneumologista ou enfermeiro.
16. Gosto de ser informado(a) sobre os objectivos do exame.
17. Gosto que me informem acerca da duração, sensações e complicações do exame (consentimento informado).
18. Os procedimentos só devem ser efectuados se autorizados pelo utente / doente (consentimento autorizado).
19. Durante o exame, estou sempre atento às palavras, aos gestos e às expressões faciais do médico.
20. Durante o exame, estou sempre atento às palavras, aos gestos e às expressões faciais do técnico cardiopneumologista.
21. Gosto de ser informado sobre os resultados do exame.
22. Tento sempre saber se os resultados do exame podem ter implicações na minha saúde.
23. Prefiro que, em vez de mim, seja uma pessoa da minha confiança a ter conhecimento dos resultados do exame e me informe como devo proceder.
24. Se me sinto bem, os resultados dos exames não me preocupam.
25. Cumpro, com rigor, todas as orientações que me são dadas pelos técnicos de saúde.
26. Aparelho (equipamento) grande, com muitos botões, luzes e com grande ecrã é, de certeza, um equipamento sofisticado.
27. Os aparelhos (equipamentos) quanto maiores e mais sofisticados mais confiança me transmitem.
28. Aparelhos (equipamentos) pequenos (miniaturados) significam tecnologia avançada e, por isso, mais fiáveis (maior grau de confiança).
29. Penso que a tecnologia prejudica a relação médico ou técnico / utente.
30. Acredito que a tecnologia melhora a qualidade de vida dos utentes / doentes.

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

A Comunicação na Prática de Exames Complementares de Diagnóstico Cardiovascular

UNIVERSIDADE ABERTA
Mestrado em Comunicação em Saúde

Relativamente ao grau de satisfação, gostaríamos de lhe pedir que respondesse de acordo com a seguinte escala:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

31. Estou satisfeito com o interesse que o médico demonstrou pelos meus “problemas” (preocupações).
32. Estou satisfeito com o interesse que o técnico cardiopneumologista demonstrou pelos meus “problemas” (preocupações).
33. Estou satisfeito com as explicações sobre o exame que me foram dadas pelo médico.
34. Estou satisfeito com as explicações sobre o exame que me foram fornecidas pelo técnico cardiopneumologista.
35. Estou satisfeito com o modo como fui atendido pelo médico que efectuou o exame.
36. Estou satisfeito com o modo como fui atendido pelo técnico cardiopneumologista que efectuou o exame.

Por último, pediamos-lhe que responda, por favor, às seguintes perguntas:

37. Quantas vezes recorreu aos serviços do Serviço de Cardiologia nos últimos 3 meses?
38. Quantas vezes recorreu aos serviços do Serviço de Cardiologia nos últimos 12 meses?
39. O que mais lhe agradou (ou continua a agradecer) no Serviço de Cardiologia? Porquê?
40. O que menos lhe agradou no Serviço de Cardiologia? Porquê?

RE: Satisfaction Patient Questionnaire

De: **Judy Jackson** (Judy.Jackson@manchester.ac.uk)
Enviada: quinta-feira, 14 de Agosto de 2008 8:49:01
Para: "José Manuel Barbosa" (jose.barbosa.rx@hotmail.com)

Dear Jose

I am happy to give you permission to use questions out of our questionnaire.

Best wishes for your study.

Judy Jackson

From: José Manuel Barbosa [mailto:jose.barbosa.rx@hotmail.com]
Sent: 12 August 2008 19:26
To: judy.jackson@manchester.ac.uk
Subject: Satisfaction Patient Questionnaire

Good morning Doctor Judy Jackson, how are you?

My name is José Manuel Barbosa and I am a student of a master's degree course in the University of Évora, in Portugal, about Sociological Intervention in Health. My origin degree formation was in Radiology, so I am a radiology technician in a Hospital (public sector service), and my study is about patient satisfaction in radiology services, considering the multidimensional nature of patient satisfaction and its relationships with anxiety and illness perception.

My survey will be carried out with a patient satisfaction questionnaire and I need your permission for to use some or all the questions of the questionnaire (p.439) of your published study «**Differences between out-patients with physical disease and those with medically unexplained symptoms with respect to patient satisfaction, emotional distress and illness perception**», in British Journal of Health Psychology (2004), 9, 433-446.

Waiting for your answer, I will be very thankful for your kindness and generosity

Partilhe o seu mundo através de post e blog com a sua família e amigos. Windows Live Spaces, partilhar a sua vida é ainda mais fácil! Vá agora ao seu Windows Live Space gratuito! [Clica aqui!](#)

(Spearman's $\rho = 0.24$, $p = .003$), with greater age being associated with increased total satisfaction scores. Gender was also significantly associated with satisfaction, with males having lower total satisfaction scores than females (mean for males = 72.4, $SD = 18.7$; mean for females = 79.5, $SD = 13.4$, $p = .039$ on Mann-Whitney test).

Table 2. Factor loadings from principal components analysis of 20 individual satisfaction questions, using orthogonal equamax rotation, for the total sample, ($n = 145$).

Question: How satisfied were you with . . .	M (SD)	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. the information sent to you by post about what to expect at the clinic?	1.57 (.64)	.03	.05	.76
2. the length of time you had to wait in the clinic before seeing the doctor?	1.39 (.57)	.12	.04	.64
3. the seating arrangements in the clinic?	1.46 (.66)	.13	.14	.72
4. the amount of privacy you had in the clinic?	1.31 (.48)	.22	.17	.63
5. the information you received from the reception staff at the clinic?	1.43 (.61)	.08	.01	.67
6. the way the doctor explained what (s)he was doing during the appointment?	1.45 (.67)	.80	.21	.22
7. the opportunity you had to ask the doctor questions about your problem and its care?	1.49 (.72)	.84	.17	.15
8. the extent to which your doctor tried to understand your concerns and worries?	1.61 (.82)	.83	.26	.21
9. how polite the doctor was in the appointment?	1.13 (.38)	.60	.02	.25
10. the decision about whether you would need further appointments in the clinic?	1.52 (.75)	.56	.48	.19
11. what your doctor told you about what was wrong with you (your diagnosis)?	1.70 (.85)	.74	.44	.10
12. what the doctor told you about what would happen in the future with your problem?	1.86 (.84)	.70	.50	.13
13. what the doctor told you about what tests or investigations (if any) you might need?	1.60 (.77)	.67	.47	.15
14. what the doctor told you about what treatment (if any) would be helpful for your problem?	1.75 (.80)	.56	.60	.14
15. what the doctor told you about what you could do yourself to manage your problem?	1.88 (.81)	.66	.48	.14
Overall:				
16. how well do you feel you were kept in the picture about your problem and its care?	1.85 (.81)	.69	.51	.18
17. how much did your visit to the clinic help to improve your health?	2.64 (.97)	.004	.73	.12
18. Overall, as a result of your visit to the clinic, how reassured do you feel about your future health?	2.27 (.71)	.34	.80	.12
19. Overall, as a result of your visit to the clinic how reassured do you feel about the nature of any treatment you might need?	2.11 (.75)	.43	.68	.06
20. Overall how satisfied are you with how your health is now?	2.36 (.79)	.13	.80	.06

Notes: Eigenvalues: Factor 1 = 9.3; Factor 2 = 2.1; Factor 3 = 1.4. Percentage of total variation explained by Factor 1 = 46.7%; Factor 2 = 10.5%; Factor 3 = 6.8%. (total = 64.0%). Items with factor loadings of .4 and above are shown in bold.

Appendix.

Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire

Dear Patient:

You recently received physical therapy services at our facility. Because we strive to deliver the best possible physical therapy services, we are interested in learning from patients how we might improve or enhance our services. Please take a few moments to complete and return this questionnaire.

Please place an X in the appropriate box to indicate your rating, or answer the descriptive questions on the appropriate line. Any additional comments you wish to make are welcome; write in the "Comments" section at the end of the questionnaire, or attach additional pages if you require more space. Please return the questionnaire to us at your earliest convenience.

Thank you very much for your feedback!

Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire

Descriptive Questions

1. Your age _____ Years
2. Your sex Male Female
3. How did you learn about this facility? (Check all that apply.)
 - Physician Insurance company recommendation
 - Friend Former patient
 - Telephone book Other, please indicate _____
4. Was this your first experience with physical therapy? Yes No
5. Was this your first experience with this facility? Yes No
6. Please check the location of the problem for which you received physical therapy. (Check all that apply.)
 - Neck Hip
 - Lower back Foot
 - Shoulder Hand
 - Elbow Knee
 - Other, please indicate _____

Please rate your degree of satisfaction with each of the following statements. (1=strongly disagree, 2=disagree, 3=neither agree nor disagree, 4=agree, 5=strongly agree. Please check 9 if you have no opinion on the subject.)

	Strongly Disagree 1	Disagree 2	Neither Agree nor Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5	No Exp. w/ Item 9
7. My privacy was respected during my physical therapy care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. My physical therapist was courteous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. All other staff members were courteous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. The clinic scheduled appointments at convenient times.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I was satisfied with the treatment provided by my physical therapist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. My first visit for physical therapy was scheduled quickly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. It was easy to schedule visits after my first appointment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I was seen promptly when I arrived for treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. The location of the facility was convenient for me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. My bills were accurate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I was satisfied with the services provided by my physical therapist assistant(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Parking was available for me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. My physical therapist understood my problem or condition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. The instructions my physical therapist gave me were helpful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I was satisfied with the overall quality of my physical therapy care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I would recommend this facility to family or friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I would return to this facility if I required physical therapy care in the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. The cost of the physical therapy treatment received was reasonable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. If I had to, I would pay for these physical therapy services myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Overall, I was satisfied with my experience with physical therapy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments:



José Manuel Barbosa <jose.barbosa.rx@gmail.com>

Pedido de Permissão para usar Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve

3 mensagens

José Manuel Barbosa <jose.barbosa.rx@gmail.com>
Bcc: lizbroadbent@clear.net.nz

21 de Dezembro de 2009 18:26

A/c de
Professora Doutora Vera Araújo-Soares,
Professora Doutora Ana Trovisqueira, e
Professora Doutora Teresa McIntyre:

José Manuel Azevedo Barbosa, aluno n.º 3908 da Universidade de Évora, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.ªs a devida permissão para usar a escala e **Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve**,

conforme referência em <http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ->

[Portugese.pdf](#),

para utilização e aplicação em investigação no âmbito da dissertação do mestrado acima referido.

Com os melhores cumprimentos,
atentamente,

José Manuel Barbosa

Elizabeth Broadbent <lizbroadbent@clear.net.nz>
Para: José Manuel Barbosa <jose.barbosa.rx@gmail.com>

21 de Dezembro de 2009 18:35

I don't speak Portugese but if you want to use the Brief IPQ for your dissertation then you may,

Kind regards
Liz

[Citação ocultada]

José Manuel Barbosa <jose.barbosa.rx@gmail.com>
Para: Elizabeth Broadbent <lizbroadbent@clear.net.nz>

21 de Dezembro de 2009 18:57

Ok.
I am very grateful for their kindness.
I apologize for not having sent the first e-mail in English, but I thought it would go to the mailbox of Portuguese teachers.
Sincerely,
José Manuel Barbosa

2009/12/21 Elizabeth Broadbent <lizbroadbent@clear.net.nz>

[Citação ocultada]

Questionário de Crenças sobre a Doença -Versão Breve

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

<p>Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não afecta nada Afecta gravemente a minha vida</p>
<p>Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Muito pouco tempo Para sempre</p>
<p>Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhum controlo Tenho muitíssimo controlo</p>
<p>Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não vai ajudar nada Vai ajudar muitíssimo</p>
<p>Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhum sintoma Muitos sintomas graves</p>
<p>Qual o grau de preocupação com a sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada preocupado Extremamente preocupado</p>
<p>Até que ponto sente que compreende a sua doença?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não compreendo Compreendo muito bem</p>
<p>Até que ponto a sua doença o(a) afecta emocionalmente? (ex. fá-lo(a) sentir-se zangado(a), assustado(a))</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não me afecta emocionalmente Afecta-me muitíssimo emocionalmente</p>
<p>Por favor, refira por ordem de decrescente (1,2,3), as três razões mais importantes que acredita terem contribuído para a sua doença.</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

QUESTIONÁRIO 7

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor. Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Leia cada frase e assinale com uma cruz (X) a resposta que mais se aproxima da forma **como se tem sentido na última semana**. Não passe muito tempo com cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

Sinto-me tenso:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:

- Tanto como gostava
- Não tanto como gostava
- Só um pouco do que gostava
- Nada como gostava

Eu sinto-me um pouco assustado(a) como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim, e bastante forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não, de maneira nenhuma

Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

- Tanto como costumava conseguir
- Não tanto como costumava conseguir
- Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
- Não, de maneira nenhuma

Tenho preocupações que não me saem da cabeça:

- A maior parte do tempo
- Muito tempo
- De vez em quando, mas não muitas vezes
- Apenas ocasionalmente

Sinto-me alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- A maior parte do tempo

Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado:

- Sim, definitivamente
- Geralmente
- Poucas vezes
- De modo nenhum

Sinto-me mais vagaroso (lento):

- Quase sempre
 Muitas vezes
 Às vezes
 Nunca

Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago ("borboletas"):

- Nunca
 Ocasionalmente
 Bastantes vezes
 Muitas vezes

Perdi o interesse pela minha aparência:

- Sim, definitivamente
 Não me cuido tanto como deveria
 Talvez não me cuide tanto
 Cuido-me como sempre

Sinto-me inquieto(a) como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:

- Sim
 Sim, bastante
 Não muito
 Não, de forma alguma

Antecipo as coisas com satisfação:

- Tanto como eu costumava fazer anteriormente
 Um pouco menos do que anteriormente
 Muito menos do que anteriormente
 Quase nunca

Tenho sentimentos súbitos de pânico:

- Com muita frequência
 Bastantes vezes
 Não muitas vezes
 Nunca

Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:

- Frequentemente
 Às vezes
 Poucas vezes
 Raramente

Agora, certifique-se que respondeu a todas as questões.

Obrigado, pela sua colaboração!
 Sem o seu testemunho este estudo não seria possível!