

**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

**Área de especialização | Psicologia Clínica**

Dissertação

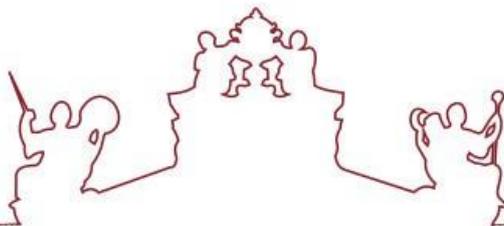
**Perceção da Qualidade do Serviço da Consulta Externa de  
Hospitalar: Contributos para a Validação da Escala  
SHEDS**

**Isabel Cristina Pelado Pimpão**

Orientador(es) | **Maria de Fátima Bernardo**  
**Carla Semedo**

Évora 2021





---

**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Perceção da Qualidade do Serviço da Consulta Externa  
Hospitalar: Contributos para a Validação da Escala  
SHEDS**

Isabel Cristina Pelado Pimpão

Orientador(es) | Maria de Fátima Bernardo  
Carla Semedo

Évora 2021

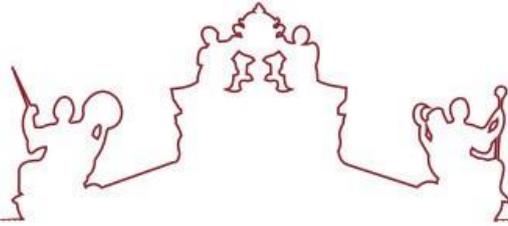
---

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | Maria de Fátima Bernardo (Universidade de Évora) (Orientador)

Zenith Nara Costa Delabrida (Universidade Federal de Sergipe) (Arguente)

Évora 2021



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer à Universidade de Évora, Departamento de Psicologia e seus professores, pelos cinco anos de formação que me foram proporcionados e pela possibilidade de realização desta dissertação, que se demonstrou bastante enriquecedora.

Ao Hospital Distrital de Santarém, aos membros do conselho de ética e conselho de Administração, por terem permitido que a recolha de dados deste estudo fosse executada neste hospital.

Um agradecimento especial ao Enfermeiro-chefe da consulta-externa, Enf<sup>o</sup> Filipe Domingos. Quero agradecer a disponibilidade que demonstrou para me ajudar desde o primeiro dia, todos os conselhos, apoio, compreensão e simpatia sempre presente. O meu trabalho neste hospital foi facilitado pela forma atenciosa com que me recebeu. Quero deixar também o meu agradecimento às enfermeiras e assistentes operacionais da consulta-externa com quem tive o gosto de estar em contacto diariamente e que são um exemplo de resiliência. Gostei imenso de trabalhar junto de todos vós.

À Professora Doutora Fátima Bernardo, orientadora desta dissertação. Quero agradecer pela paciência, insistência, disponibilidade e apoio que me deu. Foi sem dúvida um caminho árduo, mas mesmo perante as adversidades, nunca duvidei que aqui conseguisse chegar, porque em todos os momentos tive o apoio e orientação da professora. Muito obrigada por tudo.

Às minhas amigas, Inês e Mariana. Quero agradecer pelo apoio, por me ouvirem, nos bons e maus momentos e terem sempre uma palavra de conforto para dar. Somos a prova que mesmo à distância as amizades verdadeiras persistem.

Por último, quero agradecer à minha família. Agradecer do fundo do coração aos meus pais, os meus pilares e apoio nesta aventura, sem os quais eu não teria esta oportunidade. À minha irmã, minha confidente, obrigada por todo o apoio, pelas palavras de encorajamento, por sempre acreditares em mim e nas minhas capacidades. Às minhas sobrinhas, com quem partilhei esta experiência universitária e sem as quais nada disto teria o significado que teve e tem. Agradecer também ao meu padrinho. Obrigada por tudo, cada um de vocês sabe o significado que tem na minha vida, o apoio que me deram durante todo o meu percurso académico e realização desta dissertação foi extremamente importante pois sem ele e sem vocês não tinha tanto significado.

## **Resumo**

A Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001), tem gerado um interesse acrescido, dentro das comunidades científica e hospitalar devido à sua relevância e impacto no bem-estar e stress dos utentes (e.g. Andrade et al., 2017; Morais et al., 2015). Neste contexto, pretende-se contribuir para a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) desenvolvida com base na Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich e adaptada para o contexto de sala de espera por Catrapona (2019). Este estudo realizou-se no Hospital Distrital de Santarém numa amostra de 129 utentes. Confirmou-se a estrutura fatorial de Catrapona (2019). Assim, após Análise Fatorial Exploratória, a escala ficou com 15 itens, 3 fatores e consistência interna forte. Dos resultados estatísticos, as Distrações Positivas confirmaram-se como preditor significativo da Perceção de Qualidade Geral do serviço.

**Palavras-chave:** Teoria do Design de suporte; Ambiente físico; Ambiente social; SHEDS; Ambiente Hospitalar.

## **Abstract**

Ulrich's Theory of Supportive Design (1991; 2001) has created increased interest within the scientific and hospital communities due to its relevance and impact on users' well-being and stress (e.g. Andrade et al., 2017; Morais et al., 2015). In this context, this dissertation intends to be a contribute to the validation of the Supportive Hospital Environment Design Scale (SHEDS) developed based on Ulrich's Theory of Supportive Design and adapted to the waiting room context by Catrapona (2019). This contributive validation was carried out in a sample of 129 patients of the Hospital Distrital de Santarém. We confirmed the factorial structure from Catrapona (2019). After Exploratory Factor Analysis, the scale ended with 15 items, 3 factors, with strong internal consistency. From the results of the statistical analysis, Positive Distractions were confirmed as a predictor of the Perception of General Quality of the service.

**Key words:** Theory of Supportive Design; Physical Environment; Social Environment; SHEDS; hospital environment

# Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
2.1. AMBIENTE HOSPITALAR .....	3
2.2. TEORIA DO <i>DESIGN</i> DE SUPORTE .....	4
2.3.1. <i>Percepção de Controlo</i> .....	5
2.3.2. <i>Suporte Social</i> .....	7
2.3.3. <i>Distrações Positivas</i> .....	9
2.4. SERVIÇOS DE CONSULTA EXTERNA .....	11
2.4.1. <i>Sala de Espera da Consulta Externa</i> .....	12
2.5. PERCEÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE .....	14
<b>3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>16</b>
3.1. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....	16
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>17</b>
4.1. PARTICIPANTES .....	17
4.1.1. <i>Contexto de aplicação dos questionários</i> .....	17
4.2. INSTRUMENTOS .....	19
4.2.1. <i>Escala de Percepção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS)</i> .....	20
4.2.2. <i>Questionário de Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental (PHEQI)</i> .....	20
4.2.3. <i>Escala de Avaliação da Percepção de Qualidade Geral (PQG)</i> .....	21
4.3. PROCEDIMENTOS .....	22
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
5.1. ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA SHEDS .....	23
5.2. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS FATORES .....	25
5.3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ESCALAS .....	26
5.4. PERCEÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS .....	28
5.4.1. <i>Género</i> .....	28
5.4.2. <i>Idade</i> .....	29
5.4.3. <i>Dificuldades de mobilidade</i> .....	30
5.4.4. <i>Frequência das visitas ao hospital</i> .....	31
5.4.5. <i>Outras variáveis sociodemográficas recolhidas</i> .....	31
5.5. RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	32
5.6. PREDITORES DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE GERAL .....	33
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>7. LIMITAÇÕES E ESTUDOS FUTUROS</b> .....	<b>40</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	<b>42</b>

<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>I</b>

## Índice de tabelas

Tabela 1- Caracterização da amostra por faixas etárias e género .....	17
Tabela 2 – Análise Fatorial exploratória SHEDS, com pesos fatoriais e variância explicada .....	24
Tabela 3 – Análise da consistência interna dos fatores das escalas analisadas .....	25
Tabela 4 -Estatística descritiva dos fatores das escalas .....	26
Tabela 5 – Estatística descritiva dos itens da escala PHEQI .....	27
Tabela 6 – T-Student e médias da distribuição da amostra por género .....	28
Tabela 7 – Resultados da ANOVA a um fator das faixas etárias tendo em conta as escalas estudadas .....	29
Tabela 8 -T-Student e médias da distribuição da amostra por dificuldades de mobilidade .....	30
Tabela 9 - Resultados relevantes do teste paramétrico ANOVA a um fator, tendo em conta a frequência de visitas dos participantes ao Hospital de Santarém .....	31
Tabela 10 – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo .....	32
Tabela 11 – Resultados da regressão linear múltipla: As escalas estudadas como preditores da Perceção de Qualidade Geral do serviço .....	33

## **Índice de anexos**

Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado .....	<b>II</b>
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico.....	<b>III</b>
Anexo 3 – Questionário de Avaliação da Percepção da Qualidade Geral .....	<b>IV</b>
Anexo 4 – Questionário de Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental PHEQI .....	<b>V</b>
Anexo 5 – Escala de Percepção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar .....	<b>VI</b>

## 1. Introdução

Os hospitais têm como objetivo central promover o bem-estar dos utentes. No entanto, o *design* dos seus ambientes físicos encontra-se delineado atendendo o aspeto funcional da prestação de cuidados de saúde, algo que por vezes, lhes incita instalações funcionalmente eficazes para a prestação de cuidados, mas psicologicamente rígidas do ponto de vista dos utentes (Andrade, Lima, Pereira, Fornara & Bonaiuto, 2013). Os hospitais tendem também a ser ambientes ruidosos e complexos, desvalorizando-se o impacto do ambiente na saúde física e psicológica dos indivíduos que os frequentam (Schweitzer, Gilpin & Frampton, 2004). A necessidade de ir ao hospital, provoca nos utentes sentimentos de incerteza, medo e ansiedade, que podem causar efeitos negativos na saúde, bem-estar e mesmo na recuperação do utente (Andrade, Lima, Fornara & Bonaiuto, 2012; Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012).

A sala de espera tem um papel crucial no bem-estar do utente. Ao aguardarem pela sua vez de serem consultados, os utentes deparam-se com um tempo espera, que podem utilizar para ruminar possíveis cenários que podem advir da ida à consulta, associados a emoções negativas e stress (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012). Assim, criar espaços de sala de espera que permitam ao utente distrair-se e centrar-se em sentimentos positivos, pode assegurar não só as condições de bem-estar, mas também melhorar a satisfação relativamente aos profissionais de saúde, ao serviço que lhe é prestado e aumentar a sua perceção da qualidade dos cuidados hospitalares (Morais, Andrade, Bernardes & Pereira, 2015).

Foi com base nestas premissas que Ulrich (1991, 2001), desenvolveu a Teoria de *Design* de Suporte. Esta teoria centra-se na importância do ambiente físico dos espaços hospitalares para a redução do stress sentido pelos utentes e promoção do seu bem-estar geral. Para o autor, o ambiente hospitalar não deve ter características causadoras de stress para o utente, deve sim ser arquitetado de modo a servir de suporte em situações de stress, através da promoção do acesso a distrações positivas, suporte social e promover uma perceção de controlo sobre o ambiente físico e social envolvente (Ulrich, 1991; Ulrich, Zimring, Zhu, DuBose, Seo, Choi, Quan, & Joseph, 2008). Estas três dimensões, são a base da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich, que pode ser utilizada para descrever e interpretar as necessidades dos utentes, bem como para desenvolver estratégias que permitam alcançar esse *design* de suporte (Andrade & Devlin, 2015).

Nas últimas décadas, tem-se dado um maior ênfase a esta teoria devido ao reconhecimento da importância do *design* do ambiente hospitalar, corroborado por diversos estudos (e.g. Andrade e Devlin, 2015; Devlin & Arneill, 2003; Morais et al., 2015). No entanto, pode-se também verificar que a generalidade da literatura relacionada, tem-se focado maioritariamente no ambiente físico e por vezes social, dos quartos de internamento hospitalar (e.g. Andrade, Devlin, Pereira & Lima, 2017; Ulrich, et al., 2008) e muito pouco sobre os efeitos nas salas de espera no bem-estar dos utentes. Deste modo, a presente dissertação torna-se relevante tanto do ponto de vista da expansão do conhecimento sobre a perceção da qualidade dos ambientes físico e social nos utentes de sala de espera e a sua influência na perceção da qualidade do serviço geral, bem como de um ponto de vista prático, através da contribuição para a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte desenvolvida por Catrapona (2019) para o contexto de sala de espera, numa amostra de população portuguesa.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Ambiente hospitalar

A noção do papel do ambiente na saúde e doença dos indivíduos é reconhecida desde o tempo de Hipócrates. Desde que se descobriram os agentes infecciosos, que médicos e investigadores de saúde pública, direcionaram a sua atenção para as condições ambientais e o seu papel na propagação das doenças, pondo assim um conjunto de medidas em prática para o seu evitamento (Taylor, Repetti & Seeman 1997). Consequentemente, o principal objetivo dos hospitais passa por promover o bem-estar físico dos utentes e o ambiente hospitalar é arquitetado focando-se essencialmente nas dimensões técnicas, funcionais e profissionais da prestação de cuidados de saúde (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012). Esta forma funcional como são tendencialmente arquitetados os espaços de saúde, revela ser intransigente para os utentes, do ponto de vista psicólogo (Andrade et al., 2013), afetando o seu bem-estar e o seu processo de recuperação (Mody, Suess & Dogru, 2019).

Na literatura existem investigações que comprovam que o ambiente físico hospitalar, tem um papel fulcral nos níveis de stress dos utentes (e.g. Andrade et al., 2017) e que grande parte dos utentes acaba mesmo por sofrer de stress agudo quando em ambiente hospitalar (Ulrich et al., 2008). Apenas o facto de estar num hospital, pode-se tornar uma experiência stressante devido a toda a incerteza e possíveis procedimentos médicos que o utente terá de suportar.

Alguns fatores indutores de stress resultam da própria organização de saúde (Ulrich et al., 2008) e frequentemente o ambiente hospitalar pouco contribui para acalmar esta ansiedade e stress dos utentes (Taylor, 2011). Contudo, deve-se reconhecer que o stress sentido pelos utentes deve ser reduzido tanto quanto possível, pois está associado a uma grande panóplia de comportamentos com efeitos adversos ao bem-estar, incluindo explosões verbais, afastamento social, passividade, insónia, incumprimento dos regimes de medicação e agressividade (Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018). A partir de várias investigações, conseguiu-se chegar à existência de um conjunto de estratégias de *design* do ambiente físico que contribuem para um melhor ambiente de recuperação e bem-estar para os utentes (MacAllister, Bellanti & Sakallaris, 2016).

Pode-se também relacionar a satisfação dos utentes, bem-estar emocional e outros resultados de saúde relevantes, à qualidade do ambiente social hospitalar (Andrade, Lima,

Devlin, Hernández, 2014). Na literatura apenas alguns artigos relatam a importância deste fator no ambiente hospitalar, o que nos leva a concluir que não é um contexto muito estudado, contudo, a importância da interação entre utente e profissional de saúde para o atendimento e tratamento eficiente, é amplamente reconhecida (Lin & Lin, 2015). Segundo Fornara e colegas (2006) em hospitais pouco humanizados, os utentes demonstraram um nível de conforto físico-espacial mais baixo, bem como menores níveis de cuidado e relações sociais com os profissionais de saúde quando comparados com hospitais considerados mais humanos (Andrade et al., 2013; Arneill & Devlin, 2002). Melhorar o ambiente social e oferecer um atendimento empático, é importante, pois diminui o stress, aumenta o conforto físico e, por consequência, acelera o processo de recuperação e o bem-estar nos utentes (Suess & Mody, 2018).

## **2.2. Teoria do *Design* de Suporte**

Na década de 1970, o autor Roger S. Ulrich, começou a interessar-se pela forma como as características físicas do ambiente afetavam o bem-estar dos indivíduos. As suas investigações direcionaram-se para o impacto da natureza nos indivíduos, em particular em contexto de internamento hospitalar. As múltiplas investigações que realizou nos anos 90, conduziram à teoria que ficou conhecida como Teoria do *Design* de Suporte (Catrapona, 2019). O termo “suporte” é usado em referência às características do ambiente que apoiam ou facilitam o utente, a lidar com o stress que acompanha a doença e/ou a hospitalização (Ulrich, 2001).

De acordo com a Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich (1991;2001), o ambiente físico e social hospitalar, pode afetar o bem-estar do utente, incluindo reduzir ou aumentar os níveis de stress (Andrade & Devlin, 2015).

Tendo por base as investigações, teorias das ciências comportamentais e áreas relacionadas com a saúde, esta teoria considera que, para promover o bem-estar do utente, o ambiente hospitalar deve ser arquitetado de modo a apoiar o utente em situações de elevado nível de stress e não possuir características, elas próprias geradoras de stress e que possam contribuir para o fardo que é a doença (Ulrich, 1991; Ulrich et al, 2008). O termo “*design* de suporte” refere-se a um ambiente arquitetado e projetado de forma a facilitar o acesso ou exposição a características físicas e situações sociais que facilitam a redução do stress dos utentes, visitantes e também profissionais de saúde (Ulrich, 2001).

Posto isto, um *design* de suporte ideal, é um ambiente hospitalar que apoie o utente a lidar com o stress e por consequência promova o seu bem-estar, sendo projetado de forma a: permitir ao utente ter uma Perceção de Controlo referente ao ambiente físico e social, conceder ao utente acesso a Suporte Social e Distrações Positivas no ambiente físico envolvente (Ulrich, 1991; Ulrich, 2001).

### 2.3.1. Perceção de Controlo

A perceção de controlo é definida através do nível de controlo, percecionado pelo utente, sobre várias características do seu ambiente (Lee & Brand, 2010), isto é, conceder ao utente a oportunidade de exercer influência sobre situações ou elementos do ambiente hospitalar que o rodeia, que não é o seu.

Os utentes são expostos a duas possíveis fontes de perda de controlo: a doença e o ambiente físico e social hospitalar. A perceção de controlo, pode ser marcadamente reduzida pelo ambiente hospitalar que é frequentemente, ruidoso, confuso de um ponto de vista da orientação, invasor de privacidade (Ulrich, 1991, 2001; Andrade & Devlin, 2016) e que por vezes pode ter aglomerados de utentes, tudo isto fatores que igualmente contribuem para a sensação de stress e perda da perceção de controlo (Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

O stress resultante da falta de perceção de controlo pode ser atenuado através de um *design* físico psicologicamente favorável, ou seja, através de estratégias de planeamento do ambiente físico, que promovam uma maior perceção de controlo (Ulrich et al., 2008).

Outro aspeto do ambiente que pode afetar a perceção de controlo dos utentes diz respeito à orientação no ambiente hospitalar, isto é, se o espaço possibilitar acesso imediato e de fácil compreensão a informação de sinalização, e permitir um visão integral do percurso que têm de realizar, onde se dirigir ou como proceder (Catrapona, 2019), o utente vai-se sentir em controlo no ambiente que o rodeia e, conseqüentemente, mais satisfeito com o serviço que lhe é prestado (Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

A perceção de controlo não pode ser alcançada quando os utentes não têm acesso a privacidade (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016). No que diz respeito à privacidade e à perceção de controlo pessoal, o ambiente hospitalar pode-se tornar uma enorme influência negativa, pois frequentemente faltam ambos os fatores neste contexto. A falta destes

fatores por sua vez, incentiva o aumento dos níveis de stress dos utentes, com consequências adversas para a saúde física e mental e afetando o bem-estar geral (Andrade et al., 2017; Devlin, Andrade & Carvalho, 2015).

Vários estudos indicam que a exposição crónica dos utentes, a estímulos ambientais stressantes que não podem controlar, pode causar uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de sentimentos de desamparo (*helplessness*), predisposição a depressão (Andrade & Devlin, 2016), consequências negativas como passividade, aumento da pressão arterial e redução do funcionamento do sistema imunitário (Evans & Cohen, 1987).

Nos últimos anos, surgiram vários estudos que sugeriram que a perceção de controlo sobre o ambiente físico, não é um preditor para a redução do stress (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Devlin, Andrade & Lima 2014). Perante isto, em 2016 as autoras Andrade e Devlin procuraram analisar e atestar estes resultados. Nessa investigação, procuraram medir a desejabilidade de controlo por parte do utente. Os resultados sugerem que, para os utentes que sentem necessidade de exercer algum controlo sobre o ambiente, os níveis de stress e ansiedade são inferiores se lhes for oferecida a oportunidade de exercer controlo sobre o ambiente hospitalar, já os utentes que sentiam menos necessidade de controlo, a oportunidade de exercer controlo sobre o ambiente não teve influência nos seus níveis de stress. Teoricamente, estes resultados validam o modelo da teoria de Ulrich, uma vez que o controlo é de facto importante para a redução do stress, ainda que apenas para um subgrupo de pessoas (Andrade & Devlin, 2016).

A literatura existente tem-se focado no estudo dos quartos de internamento e não tanto das salas de espera. Em ambos os contextos, sala de espera ou de internamento, os utentes têm muito poucas oportunidades de controlo sobre o seu ambiente. Não têm controlo sobre as refeições, não lhes são possibilitadas muitas oportunidades de sair do quarto, as atividades que podem realizar também são escassas e não têm controlo sobre o ambiente físico do quarto de internamento (Suess & Mody, 2018). Com a doença a oferecer-lhes já pouco controlo sobre o seu corpo, a perda de controlo também do ambiente físico deixa os utentes de internamento com sentimentos de impotência e incapacidade (Andrade & Devlin, 2015).

Alguns ajustamentos que se pode realizar para melhorar a perceção de controlo dos utentes internados, passam por dar a oportunidade ao utente de controlar a luz do

quarto (e.g. persianas ajustáveis), controlo da temperatura do espaço, acesso a vários tipos de comida, controlo das horas de dormir ou de descanso noturno (Andrade & Devlin, 2015; Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016) e acesso a um jardim exterior, uma vez que oferece tanto uma escapatória positiva ao ambiente hospitalar, como uma sensação de controlo (Ulrich et al., 2008). Outros fatores que puderam ser importantes, são o controlo das tecnologias do espaço, controlo da música ambiente, televisão ou entretenimento no geral, puderem ter assistência familiar quando necessitam e áreas com acessibilidade para indivíduos em cadeiras de rodas ou problemas de mobilidade (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016; Suess & Mody, 2018).

Em contexto de sala de espera, os utentes podem exercer controlo sobre o ambiente ao haver a possibilidade de escolher o espaço onde aguardam pela consulta, permitir aos utentes e acompanhantes alterar a disposição das cadeiras de modo a conseguirem ter mais privacidade se assim desejarem, ter espaço resguardado no qual os utentes e acompanhantes podem conversar em privacidade enquanto aguardam a consulta, ser um espaço amplo para que não se sintam perturbados pela presença excessiva de outros utentes ou como já referido, haver sinalética suficiente para orientar o utente neste espaço sem que este se sinta perdido.

### 2.3.2. Suporte Social

O suporte social pode ser definido como um apoio emocional, informacional e tangível que é normalmente recebido pelo utente, por parte da sua família ou grupo social e que tem o papel de apaziguar o stress do utente. A necessidade de suporte social aumenta quando um individuo é confrontado com um ambiente potencialmente stressante e desconhecido ou em situações inesperadas, tornando o suporte social importante para o utente, pois reduz o stress sentido, melhora o seu estado psicológico (verificado através do aumento de sentimentos de autovalorização e segurança) e tem um impacto positivo tanto no utente, como na família que o acompanha (Andrade & Devlin, 2015).

Vários estudos demonstraram que, aumentar as interações entre os utentes e família, como parte do suporte social familiar, melhora o estado psicológico do utente e facilita a recuperação física de várias doenças (Uchino, 2009) como por exemplo, no caso de utentes com enfarte do miocárdio que, quando recebem maior suporte social,

apresentam maiores possibilidades de sobrevivência a longo prazo (Ulrich, 1991; Ulrich et al., 2008).

Apesar de haver muita literatura, sobre a importância do suporte social, existe ainda um número reduzido de investigações sobre a forma como o *design* dos hospitais, facilita ou dificulta o acesso a este tipo de apoio em hospitais (Ulrich, 1991, 2001; Ulrich et al., 2008), visto que grande parte das investigações existentes foram realizadas em unidade de internamento psiquiátrico ou lares (Ulrich et al., 2004). Apesar desta falta de investigação sobre o ambiente social hospitalar, existem evidências noutros contextos sobre o benefício da interação social e do suporte social para os utentes, parecendo justificado assumir que as estratégias de *design* do ambiente hospitalar que facilitam o acesso a suporte social, diminui o stress e promove o bem-estar (Ulrich, 1991, 2001)

Como referido anteriormente, na literatura o foco principal tem sido o estudo dos quartos de hospital e não propriamente as salas de espera. Neste caso os estudos existentes demonstram que os quartos individuais são muito melhores para acomodar a presença de família e amigos pois os quartos com múltiplas camas desencorajam visitas mais prolongadas por parte dos familiares que, por consequência, promovem menos suporte social (Ulrich et al., 2004). Os quartos deviam ser planeados de modo a dar a possibilidade a um visitante de poder, se assim o desejar, pernoitar no hospital (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016). Outros indicadores de maior permanência dos visitantes, foram também encontrados no estudo de Harris e colegas (2002), os autores concluíram que os visitantes de utentes num centro de reabilitação, permaneciam mais tempo com o utente nas horas de visita, se a sala tivesse chão com carpete, em comparação a um chão de vinil.

Em contexto de sala de espera, este espaço hospitalar deverá proporcionar condições para que a rede de apoio social possa estar presente e desempenhar as suas funções de suporte emocional, visto a consulta poder ser considerada uma situação potencialmente ansiogénica e angustiante para o utente. Assim, este espaço deverá oferecer ao utente, lugares sentados suficientes para que possam aguardar a consulta, na companhia dos acompanhantes, proporcionar espaço onde possam conversar em privacidade com os acompanhantes e receber apoio emocional dos mesmos de forma mais privada ou realizar e receber telefonemas em privado (Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Por fim, salienta-se que, é preciso ter em atenção ambientes que enfatizam demasiado as interações sociais, ao ponto haver uma negação do direito à privacidade. Um *design* que impõe contacto social, mas que nega a privacidade torna-se, a dado momento um estímulo causador de stress, fazendo diminuir os níveis de bem-estar. Na secção sobre a percepção de controlo, foi referido que proporcionar aos utentes algum tipo de controlo sobre o contacto com outros utentes e neste caso, também com as visitas e acompanhantes, ajuda a garantir que as interações sociais são positivas e redutoras de stress e não causadoras de stress (Ulrich, 1991, 2001).

### 2.3.3. Distrações Positivas

As distrações positivas podem ser definidas como as características do ambiente que incitam sentimentos positivos e atraem a atenção, sem sobrecarregar ou causar stress no utente, bloqueando pensamentos negativos relacionados com o ambiente em que este se encontra (Debajyoti, 2010; Devlin & Arneill, 2003), desviando a sua atenção para estímulos que não o seu próprio desconforto e ansiedade (Andrade & Devlin, 2015). Resultados de vários estudos demonstram que, a resposta às distrações positivas pode implicar alterações positivas, como por exemplo, redução da pressão arterial, redução do stress sentido e aumento do bem-estar (Andrade & Devlin, 2015; Ulrich, 1991, 2001).

As investigações da psicologia ambiental, sugerem que o bem-estar humano, normalmente, é estimulado quando o ambiente físico fornece alguma estimulação positiva, ou seja, quando os níveis de estimulação não são nem em demasia, nem em escassez. Se os níveis de estimulação forem altos, como por exemplo, sons incómodos, luzes intensas, cores vivas ou outros elementos negativos do ambiente, os níveis de stress dos utentes tendem a ser superiores (Ulrich, 1991). Por outro lado, exposição prolongada a níveis baixos de estimulação ambiental, causa aborrecimento, frequentemente sentimentos negativos (Ulrich, 1991; 2001), ruminação sobre preocupações e pensamentos sobre o pior que pode vir a acontecer na sua visita ao hospital (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012).

O conceito de distração positiva implica também que, para além da estimulação, certos tipos de elementos ou características podem ser acrescentados ao ambiente e são especialmente importantes na redução do stress dos utentes e na promoção do seu bem-estar (Ulrich, 1991). Os mais comuns e eficazes são as obras de arte, como quadros e pinturas, principalmente caras felizes, sorridentes ou carinhosas; animais; elementos da

natureza, plantas, água e aquários (Andrade et al., 2017); música, incluindo sons suaves da natureza; acesso a espaços verdes e presença de luz natural (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016) e outras atividades como formas de entretenimento, como uma televisão; prática de arte ou outras atividades recreativas.

Segundo Ingham e Spencer (1997) a decoração, obras de arte e sofás confortáveis numa sala de espera, fazem os utentes sentirem-se mais confortáveis, seguros e relaxados (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012). Existem evidências significativas de que obras de arte com elementos da natureza, podem servir com distração provocando sentimentos positivos no utente (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016). O mesmo se pode verificar com cheiros agradáveis, que têm efeitos benéficos em situações ansiogénicas e melhoram o humor, neste caso de utentes odontológicos (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012).

As divisões sem janelas têm normalmente um efeito negativo nos utentes, tornando estes espaços causadores de stress (Ulrich, 1991;2001; Ulrich et al., 2008). Vários estudos demonstraram os benefícios da luz natural ao melhorar a qualidade de sono, diminuir a agitação e para utentes em situação de internamentos prolongados, influenciar de forma positiva tanto a sua recuperação física como a saúde mental (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016). Walch e colegas (2005), descobriram que utentes de pós-operatório cujos quartos tinham melhor exposição solar, manifestaram níveis inferiores de stress e diminuição significativa da perceção de dor, algo que por si só é uma descoberta significativa, visto que, sentir menos dor significa uma toma inferior de medicação para controlo da mesma, logo apresentavam menos efeitos secundários associados a esta medicação e os custos do seu internamento eram inferiores (Malenbaum, Keefe, Williams, Ulrich & Somers, 2008).

Desde as primeiras investigações de Ulrich (1984), que o autor refere a importância da exposição dos utentes a espaços verdes e divisões com vista para a natureza, por suscitar nos mesmos emoções positivas, reduzir o stress e diminuir a perceção de dor, uma vez que atua como uma distração, fazendo o utente deixar de se focar na dor para se focar na vista agradável (Ulrich et al., 2008) revelando-se assim benéfico para a saúde e bem-estar do utente. Um estudo em ambiente hospitalar, com pacientes a recuperar depois de cirurgia da vesícula biliar, demonstrou que os indivíduos tinham um pós-operatório mais favorável se as janelas do seu quarto tivessem vista para

natureza quando comparado com utentes que tinha vista para zona urbanizada (Ulrich 1984).

A exposição a elementos de natureza no ambiente hospitalar, tem sido bastante estudada na literatura e a maioria dos estudos demonstraram que estes elementos podem ser benéficos para a saúde e bem-estar dos utentes. A colocação de plantas interiores no ambiente hospitalar pode atuar como uma terapia complementar, não invasiva e eficaz no apaziguamento do stress dos utentes (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012; Ulrich et al., 2004). Os autores Lohr e Pearson-Mims (2000) constataram que um número significativo de indivíduos que se encontravam numa divisão com plantas apresentavam uma maior tolerância à dor. Já os utentes do pós-operatório do estudo de Park e Mattson (2009) que tinham plantas no seu quarto de hospital, apresentaram respostas fisiológicas mais positivas, reportaram níveis mais baixos de ansiedade e fadiga e níveis mais altos de satisfação relativa ao quarto, quando comparados com os utentes do grupo de controlo (Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012). Ulrich e colegas (2004; 2008) referem também que para além do bem-estar emocional, os utentes com vista da janela para a natureza, precisavam de menos medicação para a dor aguda.

Os jardins, áreas exteriores e espaços de recreação e lazer dentro do hospital, também ajudam os utentes a sentirem-se mais confortáveis (Douglas & Douglas, 2004), promovem um ambiente restaurativo e as vistas calmantes da natureza reduzem o stress (Ulrich, 2001). Não só proporcionam aos utentes vistas das janelas agradáveis e benéficas para o seu bem-estar, mas muitas vezes estes jardins são vistos pelos utentes, visitantes e mesmo funcionários do hospital como uma escapatória e uma oportunidade de socialização (Ulrich et al., 2004). Estas interações sociais resultantes, com funcionários, outros utentes ou acompanhantes, podem ser consideradas distrações positivas, quando são recebidas como não intrusivas, por parte do utente (Campagnol & Shepley, 2014).

#### **2.4. Serviços de Consulta Externa**

A grande maioria dos Hospitais públicos de Portugal, dispõem de três tipos de serviços, as consultas externas, o serviço de internamentos, dividido em várias especialidades e o serviço de urgências (Hospital de Santarém, 2020a).

As consultas externas definem-se por consultas de diferentes especialidades, nas quais se tratam e acompanham os utentes, que não demonstram necessidade de cuidados mais complexos, logo não necessitam de internamento. Para ter acesso a uma consulta

externa, o utente dirige-se ao médico de família ou através do próprio hospital no serviço de urgências, e é encaminhado para uma consulta externa da especialidade que a sua situação clínica justifique (Hospital de Santarém, 2020a).

As consultas externas no Hospital Distrital de Santarém (HDS) funcionam através do projeto “Ambulatório Programado de Alta Resolução” (APAR) que consiste num projeto pioneiro em Portugal. Este projeto organiza um atendimento em ambulatório, vocacionado para a satisfação das necessidades dos utentes de forma rápida, eficaz, clinicamente segura e resolutive (Hospital de Santarém, 2020b).

O objetivo do APAR é melhorar os serviços de saúde prestados aos utentes, através da implementação das consultas de ato único. Desta forma, no mesmo dia em que o utente tem marcação de consulta e é observado pelo médico, caso seja necessário, realiza também os exames complementares de diagnóstico essenciais. Assim, após consulta e quando sai do hospital, já leva um diagnóstico e uma proposta de tratamento ou recebe o tratamento nesse mesmo dia, no hospital. A maioria dos utentes que se dirige às consultas, necessita de realizar exames complementares, por vezes precisa de um procedimento cirúrgico ou uma pequena cirurgia e/ou tratamentos específicos para a situação clínica. Com a consulta de ato único, todas estas situações podem ser realizadas no mesmo dia, o que origina uma redução efetiva do tempo de estadia e do número de deslocações do utente ao hospital, reduzindo igualmente o tempo de espera para obtenção de um diagnóstico e tratamento (Hospital de Santarém, 2020b).

#### 2.4.1. Sala de Espera da Consulta Externa

Por vezes as receções e salas de espera dos hospitais, encontram-se sobrelotadas de utentes e acompanhantes, algo que para muitos utentes pode ser considerado um evento negativo e associado a um aumento dos níveis de stress e pouca perceção de controlo sobre o ambiente. Além das condições de sobrelotação, os utentes podem também deparar-se com sentimentos de falta de privacidade (Nanda, Chanaud, Nelson, Zhu, Bajema & Jansen, 2012)

Como referido anteriormente, as salas de espera podem ter um papel crucial no stress de utentes, visto que o período despendido à espera da consulta, proporciona ao utente tempo para pensar sobre o que vai acontecer na consulta e para ruminar sobre os piores cenários possíveis que podem resultar da mesma (Beukeboom, Langeveld &

Tanja-Dijkstra, 2012). Por outro lado, a presença de outros utentes em situação semelhante, pode de facto ser valorizada porque inspira um sentimento de suporte social e emocional, podendo também agir como uma distração positiva durante o tempo de espera, potencialmente longo e enfadonho (Pruyn & Smidts, 1998; Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Contudo, a literatura sugere que, tudo depende da personalidade dos utentes; alguns podem ter preferência por esperar com outras pessoas em vez de sozinhos e, nesse caso, as necessidades sociais e os efeitos potencialmente positivos da aglomeração entram em ação. No entanto, outros utentes, quando deparados com situações causadoras de ansiedade, preferem ter alguma privacidade, o que numa sala de espera sobrelotada é algo muito difícil de obter (Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Segundo Pruyn e Smidts (1998), os efeitos adversos do período de espera podem ser amenizados de forma eficaz através da introdução de elementos atrativos ao ambiente físico da sala de espera, algo que apresenta melhores resultados do que propriamente a diminuição do tempo de espera em si. Por outras palavras, uma sala de espera com ambiente físico atrativo, tem um maior impacto nos níveis de ansiedade e na perceção de qualidade dos cuidados prestados do que propriamente a diminuição do tempo de espera por si só (Nanda et al., 2012; Pruyn & Smidts, 1998).

Ao entrar numa receção de um serviço de consulta externa, os utentes valorizam a ordem e o controlo visual para facilitar a sua orientação no espaço e chegar de forma bem-sucedida ao local da sua consulta. Nesta fase, as necessidades dos utentes são mais funcionais do que sociais. Deste modo, é fácil perceber que, se o espaço estiver com um grande aglomerado de outros utentes, isto vai ter um impacto negativo no bem-estar do utente, ao aumentar o stress e a confusão (Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Consequentemente, se o ambiente físico da sala de espera for sossegado e arrumado, com uma vista para espaços verdes, com pinturas agradáveis na parede e assentos confortáveis, é provável que o utente se sinta bem neste ambiente, que presuma que o cuidado hospitalar que vai receber seja de melhor qualidade e se sinta satisfeito com a visita ao hospital. Pelo contrário, se a sala de espera for barulhenta e desorganizada, sem janelas, posters antigos na parede e os acentos desconfortáveis, é provável que o utente se sinta menos positivo, questione a qualidade do cuidado prestado e acabe por se sentir menos satisfeito com o serviço de saúde prestado (Andrade et al., 2013).

Pequenas mudanças no *layout* geral da sala de espera, como alteração do esquema de cores, móveis, revestimento do piso, cortinas e afixação de placares informáticos, resulta em avaliações gerais do ambiente mais positivas, melhor humor geral dos utentes, alteração do estado fisiológico e maior satisfação relatada entre os utentes em espera (Suess & Mody, 2018).

## **2.5. Percepção de Qualidade do Serviço de Saúde**

O ambiente físico e a percepção que o utente faz do mesmo, são um fator crucial na avaliação da qualidade dos serviços de saúde uma vez que afetam a percepção do ambiente social, da qualidade dos cuidados prestados e dos profissionais de saúde hospitalar (Andrade et al, 2013). Existe uma imensa quantidade de literatura que reconhece que, um ambiente satisfatório devia ser planeado tendo em conta as necessidades dos utentes e dos seus acompanhantes, uma vez que, como referido anteriormente, se estas necessidades foram cumpridas, maior será a satisfação geral do utente face à experiência no hospital (Ulrich et al., 2008). Por exemplo, num estudo de Hagerman e colegas (2005) descobriu-se que os utentes internados em quartos com boa acústica, consideraram a atitude dos profissionais de saúde muito melhor do que os utentes em quartos com má acústica (Andrade et al., 2013).

As autoras Arneill e Devlin (2002) notaram que o ambiente físico é a primeira impressão que o utente tem do serviço de saúde. Se o ambiente comunicar que os seus profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e outros funcionários, se preocupam com a sua aparência e função e o arquitetaram tendo em conta o bem-estar do utente, o mesmo encara este espaço de forma mais positiva, confia no processo de assistência médica que irá receber e acredita que, naquele local, irá receber os melhores cuidados de saúde em todos os aspetos (Andrade et al., 2013).

A satisfação pode também advir do contentamento com o serviço prestado pelos profissionais de saúde. Os utentes fazem julgamentos sobre a competência técnica dos profissionais de saúde, a forma como realizam a avaliação dos profissionais é através da informação que têm, principalmente, se o profissional é caloroso e se o ambiente físico que o rodeia é harmonioso, e não tanto pelo seu conhecimento médico (Andrade et al., 2014).

O atendimento hospitalar inclui relacionamentos intensos, que envolvem confiança, intimidade e empatia entre os utentes e os profissionais de saúde (Lin & Lin,

2015). Sendo o principal motivo da ida aos hospitais, a obtenção de aconselhamento e tratamento por parte de profissionais de saúde, não é surpreendente que as interações sejam um preditor importante da satisfação geral dos utentes (Harris et al. 2002; Suess & Mody, 2017), e que influenciem também diretamente, os resultados dos tratamentos e das melhorias de saúde dos utentes (Ulrich, 1991, 2001; Ulrich et al., 2008). Os utentes que saem satisfeitos com as interações com os profissionais de saúde, tendem a seguir os tratamentos médicos e a voltar para ter acompanhamento médico, deste modo, é provável que o tratamento seja mais eficiente e a recuperação mais rápida (Andrade et al., 2014).

Deste modo, pode-se afirmar que a satisfação dos utentes com o ambiente físico e social, são os dois preditores mais eficazes da satisfação geral dos utentes, pois surtem influência no seu humor, saúde e bem-estar (Andrade et al., 2014). A criação de uma experiência hospitalar positiva para o utente, não é só proveitosa para o mesmo, mas também será igualmente benéfica para o prestador de saúde, visto que a perceção e posterior avaliação feita pelo utente, pode trazer uma vantagem competitiva, especialmente se se tiver em consideração as constantes alterações nos seguros de saúde e nas abrangências da cobertura dos mesmos (Suess & Mody, 2017).

### **3. Formulação do Problema**

Nas últimas décadas a Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001), tem gerado um interesse acrescido dentro das comunidades científicas e hospitalar, devido à sua relevância e impacto no bem-estar e stress sentido pelos utentes (e.g. Andrade et al., 2017; Morais et al., 2015; Ulrich et al., 2008).

Nesta dissertação pretende-se contribuir para a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) desenvolvida por Andrade e Devlin (2015) e Andrade e colegas (2017) com base na Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001), traduzida e adaptada para o contexto de sala de espera por Catrapona (2019), em utentes que se encontram na sala de espera de consulta externa do Hospital Distrital de Santarém. Tem-se como objetivo geral, validar a estrutura fatorial de 3 fatores encontrada por Catrapona (2019) e perceber o impacto da perceção de controlo, do suporte social e das distrações positivas existentes no ambiente físico e social das consultas externas do HDS, na qualidade geral percebida pelos utentes.

#### **3.1. Objetivos da Investigação**

1. Contribuir para a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) para o contexto das salas de espera, na população portuguesa, num grupo de utentes do Hospital Distrital de Santarém. Deste modo, procura-se validar a estrutura fatorial da escala em 3 subescalas, identificada por Catrapona (2019);
2. Verificar em que medida as variáveis demográficas (género, faixa etária, dificuldades de mobilidade, entre outras) analisadas, apresentam diferenças nos resultados das dimensões das três escalas em estudo;
3. Explorar em que medida a Perceção de Controlo, Suporte Social e Distrações Positivas da escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) e as escalas do Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental (PHEQI) contribuem para a Perceção de Qualidade Geral (PQG).

## 4. Método

### 4.1. Participantes

A presente investigação contempla uma amostra de 129 utentes do serviço de consulta externa do Hospital Distrital de Santarém. Desta amostra, 56,6% são do género feminino e as idades variam entre os 19 e 91, sendo a média de idade dos participantes de 62 anos (M=62; DP=14,5).

*Tabela 1- Caracterização da amostra por faixas etárias e género*

	<i>≤44</i>	<i>45 - 64</i>	<i>≥65</i>	<i>total</i>	<i>%</i>
<b>Mulheres</b>	12	35	26	73	56,6
<b>Homens</b>	8	21	27	56	43,4
<b>total</b>	20	56	53	129	100,0
<b>%</b>	15,5	43,4	41,1	100,0	

Da amostra recolhida, as especialidades onde se verificou maior afluência de utentes naquela sala de espera foi a especialidade de Oftalmologia com 35%, seguido pela especialidade de Cirurgia Vascular (28%) e Ortopedia (19%).

Para participar no estudo, estabeleceram-se como critérios de elegibilidade, o utente ter uma consulta marcada no HDS no dia do preenchimento do questionário e encontrar-se na sala de espera geral das consultas externas do HDS a aguardar a chamada para a consulta, sendo que se o utente não preenchesse estes requisitos, não poderia participar no estudo. Pode-se, portanto, classificar a amostra como não probabilística, não intencional, de conveniência (Garson, 2012).

#### 4.1.1. Contexto de aplicação dos questionários

O serviço de consulta externa do Hospital Distrital de Santarém, tem uma entrada própria e encontra-se dividido em dois pisos, sendo que quando o utente entra no hospital, encontra o balcão de atendimento do seu lado direito, onde faz a inscrição para a consulta que tem marcada nesse dia. De seguida, através da sinalética presente nessa área, terá de deslocar-se para o piso e sala de espera específica da especialidade da consulta. Tendo em consideração que há dois pisos com salas de espera e várias salas de espera específicas para cada especialidade, houve a necessidade de escolher qual dos espaços seria o mais proveitoso para a recolha de dados deste estudo. Após ponderação, achou-se pertinente recolher os dados na sala de espera geral que se encontra no rés-do-chão e à esquerda do



interior as áreas são separadas, Oftalmologia à esquerda e Otorrinolaringologia à direita. Na sala de espera geral, os utentes tendem a organizar-se de forma a permanecer no local mais próximo da entrada à área de serviço da sua consulta.

Quanto ao ambiente físico desta sala de espera, para além da entrada principal, que tem portas de vidro, podemos encontrar ao fundo à esquerda, entre as áreas de Otorrinolaringologia e Ortopedia, uma janela de grandes dimensões com vista para o parque de estacionamento. Neste espaço encontrámos também conjuntos de cadeiras azul índigo, fixas, não permitindo a alteração da sua disposição e algumas encontravam-se em falta, deixando apenas os espaços vazios. Numa das paredes podia-se encontrar também uma televisão e nas outras paredes dois quadros decorativos e alguns panfletos informativos.

Considerando que este é um espaço aberto, que inclui um balcão de informações, uma sala de espera de várias especialidades, elevadores, uma escada de acesso ao segundo piso onde se encontram as outras especialidades e ainda um corredor de acesso ao serviço de internamentos e serviço de análises clínicas, em momentos de maior afluência aos serviços, o ruído do local torna-se notável.

#### **4.2. Instrumentos**

Para avaliar os constructos, procedeu-se à aplicação sistemática de um conjunto de questionários composto por vários instrumentos, tendo em conta o problema de investigação. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) (Catrapona, 2019), o Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental (PHEQI) (Morais et al., 2015) e por último a Escala de Avaliação da Perceção de Qualidade Geral (PQG) (Raposo, Alves & Duarte, 2009).

O Questionário Sociodemográfico utilizado neste estudo compreende recolha de dados sociodemográficos sobre o utente, tais como o seu género, idade, localidade de residência, se veio acompanhado, tempo de deslocação até ao hospital, qual o meio de transporte utilizado, se tem dificuldades de mobilidade, qual a especialidade da consulta, se é a primeira vez no HDS e qual a frequência com que se desloca a este hospital.

#### 4.2.1. Escala de Perceção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS)

Esta escala foi criada com base na Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) que defende que um ambiente hospitalar de suporte, reduz o stress se causar nos utentes uma Perceção de Controlo, Distrações Positivas e Suporte Social. Esta escala foi adaptada por Catrapona (2019) para o contexto de salas de espera, tendo por base a escala desenvolvida por Andrade e Devlin (2015) e Andrade e colegas (2017) para o contexto dos quartos hospitalares. Na sua versão original é composta por 23 itens, avaliados numa escala de *Likert* de “1” a “5” em que “1” corresponde a “Discordo Fortemente” e “5” a “Concordo Fortemente” (Andrade & Devlin, 2015; Andrade et al., 2017). As Distrações Positivas proporcionadas pelo ambiente físico são analisadas por 7 itens – itens 1, 2, 3, 6, 12, 19 e 23 - (e.g. “Nesta sala de espera, a minha atenção é atraída para coisas interessantes”). Para medir a Perceção de Controlo sobre o ambiente físico são utilizados 9 itens – itens 5, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18 e 22- (e.g. “Posso controlar qual o espaço onde espero pela minha consulta”). E por último, para avaliar o Suporte Social proporcionado pelo ambiente físico da sala de espera, são utilizados 7 itens – itens 4, 8, 11, 16, 17, 20 e 21- (e.g. “Este espaço de espera proporciona um ambiente que permite aos acompanhantes estarem connosco”). Os resultados do estudo de Catrapona (2019) apontam para uma escala com 15 itens, no entanto na recolha de dados desta investigação optou-se pela aplicação da versão original de 23 itens inicialmente adaptada e traduzida por esta autora.

#### 4.2.2. Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental (PHEQI)

O Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental (PHEQI) versão reduzida de Morais, Andrade, Bernardes e Pereira (2015) avalia a Perceção da Qualidade Ambiental (PQA), que é definida como, a avaliação que os utentes fazem de um determinado ambiente físico, tendo em conta a sua experiência e considerando a perceção do utente sobre a medida em que o ambiente, corresponde às suas necessidades e objetivos. É medida através da avaliação subjetiva dos utentes dos vários atributos específicos do ambiente físico e social do espaço (Morais et al., 2015).

A versão da escala utilizada nesta investigação, foi a de Morais, Andrade, Bernardes e Pereira (2015) que se apresenta como uma versão reduzida da escala original de Andrade, Lima, Fornara e Bonaiuto (2012). Esta versão é constituída por 28 itens que

são avaliados pelo utente através de uma escala de *Likert* de cinco pontos de “1” a “5”, em que “1” corresponde a “Discordo Fortemente” e “5” a “Concordo Fortemente”.

Esta escala é composta por duas subescalas, uma relacionada com os aspetos físico-espaciais do serviço, que avalia cinco construtos: o Conforto Físico-espacial, associado à mobília, paredes e tetos, representada por 6 itens na escala - 1, 2, 3, 4, 5 e 6; a Temperatura e Qualidade do ar, referente à temperatura, climatização e arejamento do ambiente, que perfaz 4 itens na escala – 7, 8, 9 e 10; a Orientação, relacionada com as características do espaço que facilitam a circulação e orientação, representada por 4 itens – 11, 12, 13 e 14; a Vista e Iluminação referente a presença ou ausência de luz e da qualidade da vista através da janela, analisada por 3 itens - 15, 16 e 17; e a Tranquilidade relacionada com o ruído presente no espaço, avaliada por 3 itens – 18, 19 e 20. A segunda subescala avalia os aspetos sócio-funcionais através de dois construtos: as Relações Sociais e Organizacionais, referente à relação que o utente estabelece com os profissionais de saúde e a Organização do Serviço, analisado através de 6 itens na escala – 21, 22, 23, 24, 25 e 26; e a Privacidade, relativo a possibilidade de controlar a sua exposição e as interações com os outros, representado por 2 itens – 27 e 28 (Morais et al., 2015).

#### 4.2.3. Escala de Avaliação da Perceção de Qualidade Geral (PQG)

A Escala de Avaliação da Perceção de Qualidade Geral (PQG) de Raposo, Alves e Duarte (2009) avalia a satisfação geral dos utentes perante a sua perceção da qualidade do serviço que lhes foi prestado, através da cotação de quatro questões avaliadas numa escala de *Likert* de 11 pontos de “0” a “10” (Raposo, Alves & Duarte, 2009). A primeira questão é “Tendo em consideração a sua experiência global neste serviço, de uma forma geral, quão satisfeito está?”, à qual o utente responde de “0” nada satisfeito a “10” muito satisfeito, a segunda questão é “Até que ponto é que esta sala de espera vai ao encontro das suas expetativas?” à qual o utente responde de “0” Nada a “10” Totalmente, de seguida a pergunta “Até que ponto é que esta sala de espera vai ao encontro das suas necessidades?” respondida de “0” Nada a “10” Totalmente; por último, “Imagine um espaço de espera perfeito em todos os aspetos. Quão longe acha que esta sala de espera se encontra do espaço perfeito?” para responder de “0” Muito distante a “10” Muito próximo (Andrade et al., 2013).

### **4.3. Procedimentos**

Para realizar este estudo, houve a necessidade de contactar o Conselho de Administração e Gabinete de Investigação do Hospital de Santarém para efetuar o pedido de autorização para a realização da investigação nesta instituição. A autorização foi concedida em dezembro de 2019.

No final de dezembro de 2019, iniciou-se a recolha de dados através da aplicação sistemática do conjunto de questionários, que se estendeu até março de 2020. Como já referido, a amostragem é não probabilística, mais precisamente, não intencional, por conveniência (Alferes, 1997; Garson, 2012) uma vez que os participantes estavam na sala de espera geral do HDS, onde se encontravam à espera de consulta, quando eram abordados. Os utentes foram questionados sobre se estariam interessados em participar na presente investigação. Àqueles que anuíram, foi-lhes fornecido o consentimento informado (American Psychological Association, 2010) (Anexo 1), explicando o objetivo do estudo, o seu carácter voluntário, a não obrigatoriedade de participação no mesmo, o fato de que poderiam desistir a qualquer momento e que todos os dados fornecidos são anónimos e confidenciais. Após o preenchimento do consentimento informado, era aplicado o questionário sociodemográfico e o conjunto de provas, PHEQI, SHEDS e PQG.

O espaço de aplicação foi o primeiro piso do edifício de Consultas Externas do HDS, mais precisamente, a sala de espera geral e sala de espera da especialidade de Ortopedia visto serem ambas no mesmo espaço, não havendo separação entre as duas. Devido ao contexto do espaço, não foi possível controlar o ambiente, nem os estímulos distratores que, muitas vezes interromperam a aplicação dos questionários. Os questionários eram de autopreenchimento, esclarecendo sempre o investigador quaisquer dúvidas que os participantes apresentassem durante a aplicação. Em alternativa, podiam também, ser preenchidos pelo investigador, caso o participante não conseguisse realizar sozinho o preenchimento do questionário. A recolha foi interrompida no dia 10 de março de 2020, devido a pandemia de Covid-19 que originou a revogação das entradas de pessoal não essencial às unidades de saúde.

## 5. Resultados

Para a inserção dos dados utilizou-se o *software* Microsoft Office Excel. Posteriormente, os dados foram transportados para o *software* IBM SPSS 24 para o tratamento estatístico dos mesmos.

Começou-se pela inversão dos itens que se encontravam na negativa, eram eles os itens 7, 9, 10, 13, 15, 18 e 22 da Escala de Percepção do *Design* de Suporte (SHEDS); os itens 3, 4, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 do Questionário de Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental (PHEQI); e o item 4 da escala de Avaliação da Percepção de Qualidade Geral (PQG). De seguida tratou-se dos valores omissos, um total 37, sendo estes substituídos pela mediana obtida pelo item correspondente ao valor omissos. Por fim, realizou-se a análise da consistência interna (*Alpha* de Cronbach) das escalas PHEQI ( $\alpha = .836$ ) e PQG ( $\alpha = .364$ ). Uma vez que o valor da escala de Percepção de Qualidade Geral (PQG) se encontrava muito abaixo do desejado, verificou-se a necessidade de excluir o item 4, tendo a consistência interna da escala sem este item, aumentado para .890.

### 5.1. Análise Fatorial Exploratória SHEDS

Procedeu-se à verificação da validade estrutural dos construtos da Escala de Percepção do *Design* de Suporte (SHEDS) através de uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) utilizando uma rotação octogonal (*varimax*) com os 23 itens iniciais da escala. Esta técnica realiza uma análise exploratória aos dados com o objetivo de analisar e descobrir a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, de modo a construir uma escala de medida para fatores que, de alguma forma, controlam as variáveis originais (Marôco, 2014).

Através da extração de fatores pela técnica de componentes principais verificou-se que os itens 5, 6, 7, 11, 12, 14, 18 e 23, apresentavam um peso fatorial baixo ( $\leq .650$ ), tendo-se, por isso, recorrido à estrutura fatorial utilizada por Catrapona (2019). Realizando nova análise fatorial apenas com os 15 itens da estrutura fatorial de Catrapona (2019; Tabela 2), verificou-se que os itens se agrupavam da maneira esperada e os pesos fatoriais se demonstravam melhores em contraste aos da primeira análise, apesar de alguns itens (4, 15 e 16) ainda apresentarem pesos fatoriais abaixo do recomendado, algo que pode ser justificado pela baixa dimensão da amostra. Estes itens foram considerados para o presente estudo da escala, mas de salientar que podem apresentar alguma

fragilidade devido ao seu baixo peso fatorial. Posto isto, conseguiu-se confirmar a estrutura fatorial de Catrapona (2019) com 15 itens, divididos em 3 fatores que explicam um total de 53,287% de variância e cujos resultados da AFE podem ser observados na tabela 2.

**Tabela 2** – Análise Fatorial exploratória SHEDS, com pesos fatoriais e variância explicada

Itens	Fatores		
	<i>Percepção de Controle</i>	<i>Suporte Social</i>	<i>Distração Positiva</i>
Item 10 – Neste espaço não me sinto à vontade	.829	.028	-.074
Item 9 – Sinto que, neste espaço de espera, tudo é confuso	.827	.116	-.024
Item 13 – Neste espaço sinto que não tenho privacidade	.760	-.052	-.017
Item 22 – Neste espaço de espera, sinto-me frequentemente perdido	.682	-.038	.088
Item 15 – A presença de muitas pessoas neste espaço deixa-me incomodado	.478	.127	-.035
Item 21 – Enquanto estou à espera, posso desfrutar da companhia das pessoas que me acompanham	.048	.805	-.036
Item 8 – Este espaço de espera proporciona um ambiente que permite aos acompanhantes estarem connosco	.059	.787	-.038
Item 17 – Esta sala de espera permite-me estar com as pessoas que me acompanham à consulta	-.125	.725	-.068
Item 20 – As pessoas que me acompanham à consulta sentem-se confortáveis neste espaço de espera	.230	.564	.508
Item 4 – No espaço de espera, posso estar a conversar com a família e amigos que me acompanham	.260	.441	.208
Item 16 – Neste espaço estou à vontade para conversar	.006	.405	.340
Item 2 – Nesta sala de espera, a minha atenção é atraída para coisas interessantes.	-.021	-.032	.834
Item 3 – Nesta sala de espera, existem objetos que atraem a minha atenção	-.026	-.116	.758
Item 1 – Nesta sala de espera, o tempo passa rápido	.164	.279	.683
Item 19 – Há muito para explorar e descobrir nesta sala de espera	-.181	.024	.612
% de Variância Explicada	18.971	17.314	17.001

Após observação dos resultados da AFE, de salientar que o item 20 “As pessoas que me acompanham à consulta sentem-se confortáveis neste espaço de espera”, pertencente ao fator de Suporte Social, apresentou um peso fatorial abaixo do que é recomendado e permaneceu com um peso fatorial semelhante no fator Distração Positiva.

Tal resultado, pode-se dever ao fato de que, em ambiente de espera, a presença e apoio dos acompanhantes também poder ser considerada como uma distração positiva.

## 5.2. Análise da consistência interna dos fatores

Testou-se a consistência interna dos fatores das escalas utilizada neste estudo de modo a saber as propriedades métricas de cada. Os resultados podem ser observados na tabela 3.

*Tabela 3 – Análise da consistência interna dos fatores das escalas analisadas*

Escala - Fator	Nº de itens	Consistência interna
SHEDS – Distração Positiva	4	.723
SHEDS – Percepção de Controlo	5	.776
SHEDS – Suporte Social	6	.716
PHEQI - Conforto Físico	6	.665
PHEQI - Temperatura e Qualidade do Ar	4	.395
PHEQI – Orientação	4	.779
PHEQI - Vista e Iluminação	3	.484
PHEQI – Tranquilidade	3	.469
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	6	.760
PHEQI – Privacidade	2	.170
PQG – Percepção de Qualidade Geral	3	.890

Como se pode verificar, na escala PHEQI quatro fatores não obtiveram um valor de consistência interna aceitável ( $\alpha \leq .65$ ) são eles o PHEQI - Temperatura e Qualidade do ar ( $\alpha = .395$ ), PHEQI - Vista e iluminação ( $\alpha = .484$ ), PHEQI – Tranquilidade ( $\alpha = .469$ ) e PHEQI - Privacidade ( $\alpha = .170$ ). Sendo o seu coeficiente inferior ao aceitável, estes fatores não apresentam consistência e estabilidade temporal e, por este motivo, foram excluídos do restante tratamento dos dados. Os restantes fatores, apresentavam todos uma consistência interna considerada forte ( $\alpha \geq .70$ ), exceto o PHEQI – Conforto Físico ( $\alpha = .665$ ) que se encontra dentro dos valores aceitáveis, mas abaixo do considerado uma consistência interna e estabilidade forte.

### 5.3. Análise descritiva das escalas

Podemos verificar os resultados da análise descritiva dos fatores das escalas através da observação da tabela 4. Os resultados demonstram que os fatores da SHEDS Distração Positiva e SHEDS Perceção de Controlo se encontram com um resultado ligeiramente abaixo da média da escala, que se poderá refletir no facto de os participantes do estudo terem considerado que as características da sala de espera, avaliadas pelos itens destes fatores, não proporcionam distrações positivas, nem oferecem uma sensação de perceção de controlo, demonstrando assim uma maior insatisfação por parte dos utentes perante estas características. Por outro lado, os restantes fatores apresentam valores acima da média da escala. De salientar o SHEDS Suporte Social e a Perceção de Qualidade Geral, que nos indicam que os participantes sentem suporte social e têm uma perceção de qualidade geral do serviço positiva.

**Tabela 4** -Estatística descritiva dos fatores das escalas

Escola - Fatores	Nº de itens	Valores mínimo e máximo	Média	Desvio-Padrão
SHEDS – Distração Positiva	4	1.0 – 4.5	2.351	.694
SHEDS – Perceção de Controlo	5	1.0 – 4.5	2.315	.726
SHEDS – Suporte Social	6	1.8 – 5.0	3.719	.467
PHEQI - Conforto Físico	6	1.5 – 4.7	3.27	.595
PHEQI – Orientação	4	1.0 – 5.0	3.66	.705
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	6	1.2 – 4.8	3.407	.598
PQG – Perceção de Qualidade Geral	3	0.67 – 10	6.421	2.059

De forma a obter uma visão mais exata sobre os itens que compõem o instrumento PHEQI, uma vez que estes itens nos dão um *insight* mais preciso sobre a análise do ambiente físico, realizou-se a análise estatística descritiva, para cada item deste instrumento (Tabela 5).

Pode-se observar que, de modo geral, os participantes avaliaram quase todos os itens ligeiramente acima do ponto médio da escala, o que nos indica que, avaliaram positivamente ainda que com valores apenas ligeiramente acima do ponto médio da escala, os aspetos analisados por esta escala. Os itens que pontuaram mais baixo foram o item 3 “Os lugares sentados (ex.: cadeiras, sofás) são pouco cómodos”, e o item 27 “As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente”, uma vez que os resultados

destes itens se apresentavam na negativa e foram invertidos, leva-nos a deduzir que a opinião dos participantes sobre a comodidade da sala de espera é fraca e que esta normalmente se encontra lotada de utentes.

**Tabela 5 – Estatística descritiva dos itens da escala PHEQI**

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
1. A mobília é de boa qualidade.	3.30	.981
2. As paredes, os pavimentos e os tetos têm cores bonitas.	3.63	.867
3. Os lugares sentados (ex.: cadeiras, sofás) são pouco cómodos.	2.60	1.027
4. As paredes, os pavimentos e os tetos estão em más condições	3.38	.954
5. A mobília está em boas condições.	3.33	.963
6. A mobília está em más condições.	3.40	1.042
7. O nível de qualidade do ar é adequado (nem demasiado húmido, nem demasiado seco).	3.37	.902
8. A temperatura é inadequada (está demasiado quente ou demasiado frio)	3.28	.944
9. O sistema de climatização do ar é eficiente.	3.45	.866
10. O ar é irrespirável.	3.60	.964
11. A entrada deste/a serviço/sala de espera é claramente reconhecível.	3.84	.765
12. A sinalética permite encontrar facilmente aquilo que se procura.	3.61	.930
13. Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis.	3.71	.920
14. Há poucos sinais para orientação	3.48	1.009
15. O/A serviço/sala de espera é pouco iluminado/a pela luz do sol.	3.27	1.088
16. Das janelas tem-se uma vista pouco interessante.	2.99	1.100
17. Devia haver mais janelas.	2.90	1.067
18. Este serviço é barulhento.	2.59	1.108
19. Ouve-se frequentemente barulho proveniente do exterior	3.62	.945
20. Ouvem-se poucos ruídos do exterior.	3.52	.928
21. Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde	3.64	.827
22. Em geral, o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano.	3.25	.893
23 Em geral, o pessoal médico está pouco disponível do ponto de vista humano.	3.26	.946
24. Este serviço é pouco organizado	3.41	.907
25. Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam as pessoas.	3.51	.840
26. Em geral, o pessoal auxiliar está pouco disponível do ponto de vista humano.	3.37	.902
27. As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente	2.60	.948

Os itens que apresentaram melhores resultados são relativos a sinalização do espaço, o item 11 “A entrada deste/a serviço/sala de espera é claramente reconhecível” e item 13 “Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis” o que nos leva a deduzir que os participantes avaliaram de forma positiva a disposição das sinaléticas de indicações presentes neste espaço. Outro item que também teve um valor acima do ponto médio da escala, foi o item 25 “Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam as pessoas” que nos leva a afirmar que os participantes avaliaram a sala de espera, como sendo um local com poucas regras restritivas.

#### 5.4. Perceção do espaço hospitalar em função das variáveis demográficas

Utilizando vários métodos de análise estatística, realizou-se uma investigação das diferenças entre os participantes deste estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e a forma como estas influenciam os resultados das escalas em estudo.

##### 5.4.1. Género

Para se poder verificar possíveis diferenças entre géneros e as variáveis em estudo, realizou-se o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes. Pode-se observar os resultados desta análise na tabela 6.

**Tabela 6** – *T-Student e médias da distribuição da amostra por género*

Escala - Fatores	Média	Média	<i>t</i>	<i>p</i>
	Género Feminino	Género Masculino		
SHEDS – Distração Positiva	2.209	2.536	-2.718	.007
SHEDS – Perceção de Controlo	3.211	3.450	-1.955	.064
SHEDS – Suporte Social	3.651	3.809	-1.934	.055
PHEQI - Conforto Físico	3.146	3.441	-2.864	.005
PHEQI – Orientação	3.575	3.777	-1.726	.087
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	3.297	3.551	-2.563	.012
PQG – Perceção de Qualidade Geral	6.073	6.875	-2.226	.028

Estes resultados indicam que existem diferenças entre géneros nas respostas a todos os fatores. Nas escalas SHEDS Distração Positiva, PHEQI Conforto Físico, PHEQI

Relações Sociais e Organizacionais e a Percepção de Qualidade Geral (PQG), as diferenças entre géneros são significativas ( $p \leq .05$ ), nas restantes escalas os resultados são apenas marginalmente significativos ( $p \leq .1$ ). No geral, pode-se concluir através da análise da tabela, que o género masculino avaliou todos os fatores de forma mais positiva que o género feminino, ou seja, demonstram uma percepção mais positiva dos aspetos avaliados nas escalas do que as mulheres.

#### 5.4.2. Idade

Para se verificar de que forma os resultados dos conteúdos avaliados pelas escalas variam tendo em conta as faixas etárias, realizou-se o teste paramétrico ANOVA a um fator, com teste à posteriori de *Bonferroni*, cujos resultados podem ser observados na tabela 7.

**Tabela 7** – Resultados da A-NOVA a um fator das faixas etárias tendo em conta as escalas estudadas

<b>Escala - Fatores</b>	<b>Média ≤ 44 anos</b>	<b>Média 45–64 anos</b>	<b>Média ≥ 65 anos</b>	<b>f</b>	<b>p</b>
SHEDS – Distração Positiva	2.363	2.366	2.330	.039	.962
SHEDS – Percepção de Controlo	3.570	3.321	3.211	1.797	.170
SHEDS – Suporte Social	3.700	3.660	3.789	1.053	.352
PHEQI - Conforto Físico	3.592 <sup>a</sup>	3.202 <sup>b</sup>	3.229	3.543	.032
PHEQI – Orientação	3.588	3.653	3.712	.264	.769
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	3.633	3.339	3.393	1.829	.165
PQG – Percepção de Qualidade Geral	6.850	5.905	6.421	3.225	.043

NOTA: resultados identificados “a” e “b” são resultados significativos entre grupos ( $p \geq .05$ ) no teste de Bonferroni

Como podemos observar, apenas no fator PHEQI Conforto Físico ( $p = .032$ ) e na escala de Percepção de Qualidade Geral ( $p = .043$ ) se verificaram diferenças significativas entre as faixas etárias. No fator PHEQI Conforto físico podemos observar que a faixa etária abaixo dos 44 anos avaliou mais positivamente este critério (M=3.592, valor de significância entre faixas etárias de  $p=.035$  e  $p=.051$  respetivamente) quando comparado com as duas outras faixas etárias que englobam os indivíduos com mais idade e tiveram resultados não significativos entre si ( $p=.968$ ). Na escala Percepção de Qualidade Geral, novamente a faixa etária abaixo dos 44 anos foi quem avaliou mais positivamente este

critério ( $M=6.850$ ,  $p=.043$ ), seguida pela faixa etária dos participantes acima de 65 anos ( $M=6.421$ ), tendo os participantes entre os 45 e 64 anos sido os que avaliaram de forma mais negativa a perceção de qualidade do hospital.

#### 5.4.3. Dificuldades de mobilidade

Tal como realizado anteriormente com o género, foi-se verificar possíveis diferenças entre os participantes da amostra que padeciam ( $N=34$ ) ou não ( $N=94$ ) de dificuldades de mobilidade e as variáveis em estudo, realizando o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes. Pode-se observar os resultados significativos ( $p \leq .05$ ) ou marginalmente significativos ( $p \leq .1$ ) na tabela 8. Os restantes fatores não apresentaram resultados significativos.

**Tabela 8** - *T-Student e médias da distribuição da amostra dos participantes com e sem dificuldades de mobilidade*

<b>Escala - Fatores</b>	<b>Média dos participantes com dificuldades de mobilidade</b>	<b>Média dos participantes sem de dificuldades de mobilidade</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
SHEDS – Perceção de Controlo	2.989	3.457	-3.498	.001
PHEQI – Orientação	3.434	3.739	-1.872	.068
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	3.196	3.498	-2.219	.032
PQG – Perceção de Qualidade Geral	5.951	6.606	-1.597	.113

Ao analisar a tabela dos resultados, pode-se verificar através da comparação das médias dos dois grupos, que os utentes que não apresentavam dificuldades de mobilidade avaliaram de forma mais positiva os critérios avaliados pelos itens das escalas. De destacar o SHEDS - perceção de controlo ( $p=.001$ ) e o PHEQI – Relações Sociais e Organizacionais ( $p=.032$ ) com resultados significativamente diferentes, o que significa que os participantes que tinham dificuldades de mobilidade avaliavam a sala de espera mais negativamente quanto à sua perceção de controlo da mesma e também de forma mais negativa a relação que estabeleciam com os profissionais de saúde e a organização do serviço.

#### 5.4.4. Frequência das visitas ao hospital

Pretendeu-se verificar a existência ou não de diferenças nos resultados dos participantes, tendo em conta a frequência de visitas ao Hospital de Santarém e aquela sala de espera, se frequentavam mais de 2 vez por mês (N=14), se uma vez por mês (N=13), se entre 6 a 11 vezes por ano (N=13), se entre 2 a 5 vezes por ano (N=69) ou se uma vez por ano (N=10). Realizou-se o teste paramétrico ANOVA a um fator cujos resultados podem ser observados na tabela 9.

*Tabela 9 - Resultados relevantes do teste paramétrico ANOVA a um fator, tendo em conta a frequência de visitas dos participantes ao Hospital de Santarém*

<b>Escala - Fatores</b>	<b>Mais de 1 vez por mês</b>	<b>1 vez por mês</b>	<b>6/11 vezes por ano</b>	<b>2/5 vezes por ano</b>	<b>1 vez por ano</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
PHEQI - Conforto Físico	3,476	3,026	3,077	3,367	3,033	1,739	,131
PHEQI – Orientação	3,177	3,712	3,269	3,772	3,900	2,853	,018
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	3,048 <sup>a</sup>	3,218	3,231	3,563 <sup>b</sup>	3,467	2,661	,026

NOTA: resultados identificados “a” e “b” são resultados significativos entre grupos ( $p \geq .05$ ) no teste de Bonferroni

Podemos verificar que apenas as escalas do instrumento PHEQI revelaram diferenças entre os grupos. Na escala PHEQI Orientação, verifica-se que os participantes que frequentavam mais vezes o hospital, mais de 1 vez por mês ( $M = 3.177$ ,  $p=.018$ ) e 6 a 11 vezes por ano ( $M= 3.269$ ,  $p=.018$ ), avaliavam de forma ligeiramente mais negativa os conteúdos avaliados por estas escalas quando comparados com utentes que frequentavam apenas uma vez por ano o hospital ( $M= 3.900$ ,  $p=.018$ ). Já na escala PHEQI – Relações Sociais e Organizacionais pode-se verificar que quanto maior a frequência de visitas ao hospital menor é a média das respostas dadas pelos participantes ( $p=.026$ ).

#### 5.4.5. Outras variáveis sociodemográficas recolhidas

Foram analisadas também as variáveis sociodemográficas: Localidade, Especialidade da consulta e Acompanhantes. Para uma melhor análise da variável Localidade, a amostra foi dividida entre participantes que habitavam em Santarém ( $n=24$ ) e participantes que se deslocavam de outras localidades ( $n=105$ ). Após realizado o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes, verificou-se que apenas o fator SHEDS Distração Positiva apresentava uma diferença marginal ( $p=.092$ ) entre as médias dos participantes de Santarém ( $M= 2.135$ ) ou que vinham dos concelhos próximos ( $M=$

2.400) o que nos indica que os moradores das outras localidades avaliaram de forma ligeiramente mais positiva os itens avaliados por este fator.

Foi realizado o teste paramétrico ANOVA a um fator para a variável de especialidades da consulta, de modo a poder-se verificar possíveis diferenças entre resultados dos participantes das diferentes especialidades e as suas respostas às escalas em estudo. Segundo esta análise, não se verificaram diferenças significativas nas respostas dos participantes quanto à especialidade da consulta.

No que diz respeito à variável sociodemográfica “acompanhante” em que se perguntava se o participante tinha vindo acompanhado (N=86) ou sozinho (N=42) à consulta, foi realizado o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes e verificou-se também não haver diferenças significativas, entre os grupos para as escalas em estudo.

### 5.5. Relações entre as variáveis em estudo

Para verificar potenciais relações entre as variáveis em estudo, foi realizada uma correlação não paramétrica de Spearman, cujos resultados se podem observar na tabela 10.

**Tabela 10** – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7
1. SHEDS – Distração Positiva							
2. SHEDS – Perceção de Controlo	.051						
3. SHEDS – Suporte Social	.310**	.278**					
4. PHEQI - Conforto Físico	.217*	.403**	.383**				
5. PHEQI – Orientação	.090	.309**	.394**	.193*			
6. PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	.146	.441**	.302**	.394**	.238**		
7. PQG – Perceção de Qualidade Geral	.338**	.307**	.454**	.502**	.353**	.431**	

NOTA: \* - correlação significativa a nível .05; \*\* - correlação significativa a nível .01

Podemos observar que as correlações são todas positivas e a grande maioria significativa ( $p=.01$  ou  $p=.05$ ), ainda que sejam correlações fracas ( $\leq 400$ ). De destacar a escala Perceção de Qualidade Geral, como a única que apresentou correlações significativas com todas as escalas dos outros dois instrumentos em estudo, sendo estas também as mais fortes. Obtiveram-se correlações moderadas entre a escala Perceção de Qualidade Geral e as escalas SHEDS Suporte Social ( $r = .454$ ,  $p=.01$ ), PHEQI Conforto Físico ( $r = .502$ ,  $p=.01$ ) e PHEQI Relações Sociais e Organizacionais ( $r = .431$ ,  $p=.01$ ) e correlações fracas com SHEDS Distração Positiva ( $r = .338$ ,  $p=.01$ ), SHEDS Perceção de Controlo ( $r = .307$ ,  $p=.01$ ) e PHEQI Orientação ( $r = .353$ ,  $p=.01$ ). De salientar também que a escala SHEDS Perceção de Controlo apresentou duas correlações moderadas com a escala PHEQI Conforto Físico e PHEQI Relações Sociais e Organizacionais.

### 5.6. Preditores da Perceção da Qualidade Geral

De modo a poder-se testar o impacto das variáveis estudadas na Perceção de Qualidade Geral do serviço de consulta externa avaliada pelos participantes, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla através do método hierárquico (ENTER) (tabela 11).

**Tabela 11** – Resultados da regressão linear múltipla: As escalas estudadas como preditores da Perceção de Qualidade Geral do serviço

Escala - Fatores	$\beta$	$t$	$p$
SHEDS – Distração Positiva	.199	2.781	.006
SHEDS – Perceção de Controlo	.032	.411	.682
SHEDS – Suporte Social	.098	1.249	.214
PHEQI - Conforto Físico	.288	3.636	.000
PHEQI – Orientação	.256	3.461	.001
PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais	.207	2.643	.009

Ao analisar a tabela de resultados, pode-se verificar que as escalas SHEDS Perceção de controlo ( $\beta=.032$ );  $t(128)=.411$ ;  $p= .682$  e a escala SHEDS Suporte Social  $\beta=.098$ ;  $t(128)=1.249$ ;  $p= .214$ , apresentaram coeficientes não significativos, logo não podem ser consideradas preditoras da Perceção de Qualidade Geral.

Quanto às restantes escalas, todas elas demonstraram ser preditoras significativas da Perceção de Qualidade Geral reportada pelos utentes que participaram neste estudo.

De destacar a escala PHEQI Conforto Físico,  $\beta=.288$ ;  $t(128)=3.636$ ;  $p=.001$ , como sendo a que exerce um maior impacto positivo e estatisticamente significativo na Perceção da Qualidade com uma variação de 0.288 por unidade, seguida pela escala PHEQI Orientação  $\beta=.256$ ;  $t(128)=3.461$ ;  $p=.001$ , que aumenta 0.256 da Perceção de Qualidade Geral por cada unidade que aumenta na escala de PHEQI Orientação. Por último, refiram-se ainda as escalas SHEDS Distração Positiva  $\beta=.199$ ;  $t(128)=2.781$ ;  $p=.006$ , e PHEQI - Relações Sociais e Organizacionais  $\beta=.207$ ;  $t(128)=2.643$ ;  $p=.009$ , também estatisticamente positivas e a exercer um impacto positivo na Perceção de Qualidade Geral.

## 6. Discussão

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento da preocupação por parte dos hospitais sobre os efeitos adversos das características do *design* hospitalar sobre o bem-estar do utente e a forma como este percebe a qualidade do serviço prestado pelo hospital (e.g., Andrade et al, 2017; Suess & Mody, 2017, 2018; Ulrich et al., 2018; Ulrich et al, 2019). A bibliografia existente, que no início com Ulrich (1991; 2001; Ulrich et al., 2008) era focava no ambiente físico e social de modo geral, isto é, no contexto hospitalar como um todo, tem-se focado, nos últimos anos, em contextos mais específicos, em particular nos quartos hospitalares (e.g., Andrade et al., 2017; Devlin, Andrade & Carvalho, 2015; MacAllister, Bellanti & Sakallaris, 2016).

Poucos têm sido os estudos sobre o contexto da sala de espera (e.g., Arneill & Devlin, 2002; Catrapona, 2019; Nanda et al., 2012; Pruyn & Smidts, 1998). No entanto, este é um espaço essencial para os utentes que se deslocam às consultas externas e aguardam a sua consulta pois pode ser funcional, mas devido à forma como está arquitetado, causar sentimentos negativos, stress, ansiedade e tensão no utente, surgindo assim a necessidade de estudar o ambiente físico e social deste espaço mais detalhadamente. Por este motivo, a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) ganha elevada relevância uma vez que, é talvez das poucas que procurou explicar o impacto que o ambiente físico e social exerce nos utentes (Andrade & Devlin, 2015).

O principal objetivo desta investigação foi contribuir para a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS). Esta escala baseia-se na Teoria de *design* de suporte de Ulrich (1991;2001) e propõe que o ambiente hospitalar promove o bem-estar dos utentes se lhes assegurar três características, apresentar Distrações Positivas, oferecer Perceção de Controlo e proporcionar acesso a Suporte Social.

Neste estudo, foi utilizada uma amostra de população portuguesa (N=129), neste caso de utentes do Hospital Distrital de Santarém, e permitiu validar a estrutura fatorial da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) encontrada anteriormente por Catrapona (2019). De modo geral, a análise realizada apresentou bons resultados no que diz respeito à consistência interna e estrutura fatorial, contudo, verificaram-se algumas fragilidades no peso fatorial de alguns itens. Dos 15 itens do instrumento desenvolvido por Catrapona (2019) três apresentaram um peso

fatorial abaixo do aceitável e outro encontrava-se com peso fatorial baixo e em dois fatores distintos. Isto pode-se dever ao facto de a amostra não apresentar uma dimensão suficiente, aconselhando-se futuramente, a realizar a análise com uma amostra de maior dimensão, de modo a verificar a persistência desta fragilidade.

Relativamente às relações entre variáveis em estudo, a análise das correlações demonstrou que estas eram todas relações positivas e, a grande maioria, significativas ainda que algumas possam apresentar uma correlação fraca. A que se destacou mais foi a escala Perceção de Qualidade Geral, uma vez que apresentou correlações significativas e moderadas com todas as escalas dos outros dois instrumentos em estudo, um resultado bastante importante pois demonstra que a perceção de qualidade do serviço avaliada está relacionada e aumenta, consoante a avaliação feita pelos utentes, aos aspetos do ambiente físico e social avaliado pelas duas escalas em estudo. De salientar também que a escala SHEDS Perceção de Controlo apresentou duas correlações moderadas com a escala PHEQI Conforto Físico e PHEQI Relações Sociais e Organizacionais.

Quanto ao instrumento PHEQI - Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental, no geral este apresentou uma boa consistência interna, no entanto, quando analisados cada um dos fatores individualmente, alguns destes fatores não apresentavam uma consistência interna e estabilidade temporal adequada, acabando assim, por serem excluídos das análises posteriores. Os fatores excluídos foram o PHEQI - Temperatura e Qualidade do ar ( $\alpha = .395$ ), PHEQI - Vista e iluminação ( $\alpha = .484$ ), PHEQI - Tranquilidade ( $\alpha = .469$ ) e PHEQI - Privacidade ( $\alpha = .170$ ).

A escala de Perceção de Qualidade Geral (PQG), inicialmente apresentava um coeficiente de consistência interna bastante fraco ( $\alpha = .364$ ), após uma análise mais detalhada do instrumento, decidiu-se excluir o item 4, fazendo a consistência interna aumentar para  $\alpha = .890$ . Durante a aplicação do instrumento aos utentes, verificou-se que o item 4 apresentava alguma fragilidade devido ao fato de este ser o único item do instrumento que se encontrava na negativa, algo que se pode notar ter causado alguma dúvida nos utentes, que mesmo após correta explicação, acabavam por responder como se o item estivesse na forma positiva.

Relativamente aos resultados obtidos, foi possível verificar que os fatores SHEDS Distração Positiva e SHEDS Perceção de Controlo se encontravam abaixo da média, o que significa que os utentes avaliaram a sala de espera hospitalar como provendo poucas

distrações positivas e pouca percepção de controlo aos utentes. No entanto, os utentes avaliaram o Suporte Social ligeiramente acima da média, algo que nos leva a crer que a sala de espera, do ponto de vista do utente, oferece um bom acesso a suporte social.

Verificou-se também que, tal como teorizado por Ulrich (1991, 2001) e apoiado pela literatura existente, as Distrações Positivas são preditoras da Percepção de Qualidade Geral do serviço avaliada pelo utente. Em contrapartida, a Percepção de Controlo neste estudo não se demonstra preditor da Percepção de Qualidade Geral do serviço, facto que tem sido bastante debatido na literatura, e tal como verificado por Andrade e Devlin (2016) relaciona-se com a personalidade do individuo, pois pode não ser relevante para uns utentes, mas importante para o subgrupo de utentes que dá importância ao controlo exercido no ambiente hospitalar, como é o caso dos utentes com dificuldades de mobilidade. Contrariamente a investigações anteriores (e.g. Andrade et al., 2017; Catrapona, 2018), o Suporte Social não se apresentou neste estudo como preditor da Percepção de Qualidade Geral do serviço. Tendo em consideração estes resultados, é importante salientar a importância das distrações positivas no espaço da sala de espera, visto serem um mediador da percepção do utente sobre a qualidade geral do serviço.

Ainda que se tenha constatado que estes dois fatores da escala SHEDS aparentam não ser preditores da Percepção da Qualidade Geral do serviço, pode-se destacar a importância dos resultados obtidos por esta escala no que toca à avaliação dos utentes sobre o ambiente da sala de espera e que características deste ambiente têm possibilidade de ser melhoradas de forma a torná-lo mais agradável para os utentes. Neste estudo, de acordo com os resultados, pode-se constatar que os utentes avaliaram negativamente as características do ambiente referentes às Distrações Positivas e Percepção de Controlo da sala de espera da consulta externa do Hospital Distrital de Santarém, logo seria importante proporcionar aos utentes deste serviço, mais estimulação de elementos ambientais positivos, como por exemplo obras de arte ou uma televisão (visto a existente no espaço estar sempre desligada) e um maior acesso a espaços verdes e controlo da luminosidade vinda do exterior.

Em relação aos fatores, PHEQI Conforto Físico, PHEQI Orientação, PHEQI Relações Sociais e Organizacionais, verificou-se serem preditores da Percepção de Qualidade Geral reportada pelos utentes. Através da análise descritiva, apurou-se também que os utentes avaliaram ligeiramente acima da média o contexto de sala de espera hospitalar examinado através destes fatores. Estes resultados indicam que, semelhante ao

que se encontra na literatura, os aspetos do ambiente físico do ambiente em que se encontram, as indicações de orientação dentro do espaço e o relacionamento que estabelecem com os profissionais de saúde e os funcionários do serviço têm impacto na percepção qualidade do espaço hospitalar dos utentes (Morais et al., 2015; Nanda et al., 2012; Pruyn & Smidts, 1998).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se haver diferenças na avaliação feita entre géneros, uma vez que o género feminino tendia a avaliar de forma mais negativa todos os parâmetros analisados pelas escalas e o género masculino mais positiva, podendo concluir-se que estes tinham uma visão geral mais agradável da sala de espera do que o grupo das mulheres, que avaliavam de forma mais crítica todos os elementos da sala de espera analisados e também a qualidade geral do serviço.

Na variável sociodemográfica idade, verificaram-se diferenças significativas no fator PHEQI Conforto Físico e na Percepção de Qualidade Geral, sendo que, em ambos os casos, os utentes do grupo mais jovem ( $\leq 44$  anos) avaliaram de forma mais positiva os itens destes fatores, seguidos pelo grupo mais idoso ( $\geq 65$  anos) e por último os utentes entre os 45 e os 64 anos de idade que avaliaram mais negativamente estes fatores. Com estes resultados, pode-se concluir que, no caso do Conforto Físico, os utentes mais novos são menos críticos e exigentes quanto a qualidade do espaço físico associado à mobília, paredes e tetos, que compõem a sala de espera e que acabam também por ser mais positivos, uma vez que, a sua visão geral de percepção da qualidade da sala de espera, é mais elevada. Já os utentes das faixas etárias com mais idade, tendem a ser mais críticos quanto ao Conforto Físico disponibilizado naquele espaço, fazendo uma avaliação mais negativa destes aspetos e acabando por mais rígidos na avaliação da qualidade geral do serviço.

Os resultados indicam também que os utentes com dificuldades de mobilidade, avaliaram de forma significativamente mais negativa o fator SHEDS Percepção de Controlo e o PHEQI Relações Sociais e Organizacionais. Com isto, pode-se questionar se se poderá englobar os indivíduos com dificuldades de mobilidade no grupo de indivíduos que beneficia ao exercer controlo sobre o ambiente físico hospitalar e também a importância da relação estabelecida pelos utentes mais fragilizados do ponto de vista físico com o pessoal de serviço.

Relativamente à variável frequência de visitas ao Hospital, na escala PHEQI Orientação, verificou-se que os utentes que frequentavam mais vezes o hospital, mais de 1 vez por mês ou 6 a 11 vezes por ano, avaliavam de forma ligeiramente mais negativa os conteúdos avaliados por esta escala, um resultado curioso, uma vez que uma maior frequência ao hospital lhes confere maior conhecimento sobre o *layout* do espaço. Já na escala PHEQI Relações Sociais e Organizacionais verificou-se que quanto maior a frequência de visitas ao hospital mais fraca é a avaliação feita pelos utentes a este fator, levando a concluir que quanto maior a frequência de visitas do utente ao hospital, pior se revelam as suas experiências com os profissionais de saúde e pessoal de serviço.

Podemos conferir, através da análise das correlações entre os fatores que, tal como encontrado na literatura (Andrade et al. 2013, Andrade et al, 2014 Suess & Mody, 2017), a perceção dos utentes face à qualidade geral do serviço se relaciona com a perceção da qualidade do espaço hospitalar e da relação estabelecida com o pessoal de serviço, sendo que quanto mais positiva for a avaliação por parte dos utentes destes aspetos físicos e social da sala de espera hospitalar, melhor será a sua perceção e avaliação da qualidade do serviço.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, podemos deduzir que os utentes avaliaram o ambiente físico da sala de espera do Hospital Distrital de Santarém positivamente, ainda que com valores baixos. Segundo os utentes, as características que apresentaram resultados ligeiramente mais baixos e que podem ser melhoradas de maneira a tornar o espaço mais agradável, são a comodidade dos lugares sentados, o nível de ruído do espaço e o número elevado de pessoas presentes no espaço que leva a problemas de falta de privacidade.

Diante estes resultados, consegue-se perceber a relevância da aplicação da Teoria do *design* de suporte para o ambiente hospitalar, neste caso no estudo específico do ambiente de sala de espera hospitalar. Conseguiu-se também reconhecer a importância da opinião dos utentes sobre a sala de espera uma vez, que esta exerce influencia sobre a avaliação da satisfação do serviço geral que lhes é prestado.

## 7. Limitações e estudos futuros

Durante a realização deste estudo, surgiram algumas limitações. Devido à situação pandémica que se desenvolveu no ano de 2020, a recolha de dados teve de ser interrompida, tendo por isto sido impossível realizar a recolha de dados nos dois hospitais que estavam previstos e tinham sido aprovados. Uma amostra de dimensão mais reduzidas, foi limitante a vários níveis, uma vez que não foi possível realizar a validação da escala SHEDS, que estava previamente planeada, tendo-se por este motivo, optado por realizar um estudo de contribuição para a validação desta escala.

Do ponto de vista da análise psicométrica dos instrumentos, ainda que o tamanho da amostra não tenha afetado a escala PGQ, verificou-se que a escala SHEDS apresentou quatro itens com peso fatorial baixo e o questionário PHEQI, quatro das escalas apresentaram valores de consistência interna inferiores ao aceitável, sendo que os mesmos não puderam ser incluídos neste estudo e estatisticamente analisados, algo que se demonstrou limitante no ponto de vista da análise dos aspetos físicos da sala de espera. Ambos estes aspetos poderiam ter sido colmatados com uma amostra de maiores dimensões, mas tal não foi possível devido à interrupção da recolha de dados causada pandemia de Covid-19 que impediu o acesso de pessoal não essencial nos serviços hospitalares.

Outra limitação deste estudo foi a impossibilidade de aplicação de um número suficiente de questionários, a utentes que estivessem pela primeira vez no serviço de consulta externa do Hospital de Santarém, o que impediu a análise e comparação entre a experiência hospitalar e a perceção da qualidade destes utentes. Ainda na recolha de dados, o fato de um elevado número de utentes ter apresentado dificuldade na compreensão do item 4 do instrumento Escala de Avaliação da Perceção de Qualidade Geral (PQG) originou que o mesmo tivesse de ser retirado por demonstrar níveis baixos de confiabilidade com o instrumento.

O contexto de aplicação também se constatou não ser o mais apropriado, uma vez que não era possível os utentes estarem concentrados apenas no preenchimento dos questionários, pois a sala de espera apresentava vários elementos distratores, como o facto de terem de estar atentos, pois podiam ser chamados a qualquer momento para ir à consulta, o que se demonstrou um fator bastante limitador. De igual modo, serem efetivamente chamados para a consulta e não terem tempo para concluir o preenchimento

do questionário, o que fazia com que este tivesse de ser anulado, foi também um fator limitador. Outra limitação foi a composição da amostra, visto apresentar um baixo número de utentes com menos de 44 anos, perfazendo apenas 15,5% da amostra total, quando comparado com as outras faixas etárias.

Por último, de referir que o *layout* da sala de espera em si, também foi um fator limitante visto que, para além da sala de espera principal, onde foi recolhida a amostra, esta dividia-se em várias sub-salas de espera, separadas por especialidade, onde os utentes podiam também aguardar pela sua consulta e em dias menos ativos, os utentes esperavam nessas sub-salas e não na sala de espera geral.

Para estudos futuros, recomenda-se a reprodução com uma amostra de maiores dimensões. Seria também interessante, tal como estava planeado, realizar o estudo em dois hospitais de modo a haver possível comparação dos elementos do aspeto físico e social que possivelmente influenciam a perceção de qualidade geral percebida pelo utente. Algo também interessante seria a reprodução deste estudo num hospital privado de modo poder comparar as diferenças entre as realidades dos hospitais público e privado.

## 8. Conclusão

A teoria do *Design* de Suporte tem sido cada vez mais estudada no contexto hospitalar, nomeadamente dentro do serviço de internamento (eg., Andrade et al., 2017; Andrade & Devlin, 2016; 2015), serviços de psiquiatria dos hospitais (eg. Ulrich et al., 2018) e também nas salas de espera das urgências (eg., Lin & Lin, 2015; Nanda et al., 2012). Contudo, a literatura referente à consequência dos ambientes físico e social hospitalares nas perceções dos utentes de consulta externa é escassa, algo que torna este estudo bastante pertinente do ponto de vista bibliográfico.

Nesta investigação, pretendia-se realizar a validação da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS), no entanto devido a situação pandémica que se desenvolveu no ano de 2020 e posterior cancelamento das idas de pessoal não essencial às unidades de saúde, apenas se conseguiu dimensão de amostra para realizar uma contribuição para a validação desta escala, desenvolvida por Catrapona (2019) para o contexto de sala de espera da consulta externa de um hospital e que apresentou, nesta investigação, níveis aceitáveis de consistência interna e boas qualidades fatoriais.

Ainda que em parte, os resultados da análise das escalas não sejam o que eram esperados de acordo com a literatura existente, uma vez que apenas o Suporte Social não se demonstrou preditor da Perceção de Qualidade Geral do serviço avaliada pelos utentes, os restantes resultados obtidos permitiram confirmar a importância da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991, 2001), uma vez que se pode constatar que as Distrações Positivas, a Perceção de Controlo e o Suporte Social se relacionaram com algumas das variáveis sociodemográficas estudadas, com alguns dos fatores do Questionário de Avaliação da Perceção da Qualidade Ambiental (PHEQI) e conseguiu-se perceber o impacto que demonstram relativamente à perceção da Qualidade Geral do Serviço considerada pelos utentes. Com este estudo é possível compreender a importância da análise do parecer dos utentes sobre o ambiente físico e social da sala de espera, de forma a perceber quais características deste ambiente podem ser melhoradas de jeito a tornar este espaço mais agradável para os utentes.

Através da análise das variáveis sociodemográficas utilizadas para caracterizar a amostra, identificaram-se diferenças significativas entre géneros, grupos etários, frequência de visitas ao hospital e dificuldades de mobilidade, tendo em conta os fatores

das escalas estudadas, que nos levam a refletir sobre a forma como as características do ambiente são avaliadas de forma diversa por diferentes grupos.

## 9. Referências

Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Andrade, C. C. & Devlin, A.S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's Theory of Supportive Design. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 125-134. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.001.

Andrade, C. C. & Devlin, A.S. (2016). Who wants control in the hospital room? Environmental control, desirability of control and stress. *Bilingual Journal of Environmental Psychology*, 7(3), 236-261. DOI:10.1080/21711976.2016.1238069.

Andrade, C. C., Devlin, A.S., Pereira, C. R. & Lima, M. L. (2017). Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? A multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of Environmental Psychology*. DOI: 10.1016/j.jenvp.2017.06.008.

Andrade, C.C., Lima, M. L., Fornara, F. & Bonaiuto, M. (2012). Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32(2), 97-111. DOI:10.1016/j.jenvp.2011.12.001.

Andrade, C. C., Lima, M. L., Devlin, A. S., & Hernández, B. (2014). Is It the Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environment and Behavior*, 48(2), 299–323. DOI:10.1177/0013916514536182

- Andrade, C.C., Lima, M. L., Pereira, C.R., Fornara, F. & Bonaiuto, M. (2013). Inpatients' and out patients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place*. 122-132.
- Arneill, A., & Devlin, A. (2002). Perceived Quality of Care: The Influence of the Waiting Room Environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22,(4), 345-360
- Beaukeboom, C., Langeveld, D. & Tanja-Dijkstra, K. (2012). Stress-Reducing Effects of Real and Artificial Nature in a Hospital Waiting Room. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (4), 329-333. DOI: 10.1089/acm.2011.0488
- Campagnol, G., & Shepley, M. M. (2014). Positive Distraction and the Rehabilitation Hospitals of João Filgueiras Lima. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 199–227. DOI:10.1177/193758671400800113
- Catrapona, I.F.M. (2019). Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa Hospitalar: Impacto do Ambiente Físico e Social. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Debajyoti, P. (2010) Positive Distractions. *Healthcare Design*, 10(3), 28-34. <https://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=&nm=&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=E9D481D00E7D49BFAC97760474AF678D>
- Devlin, A. S. & Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes: A Review of the Literature. *Environment and Behavior*, 35(5), 665-694. DOI: 10.1177/0013916503255102
- Devlin, A. S., Andrade, C. C., & Carvalho, D. (2015). Qualities of Inpatient Hospital Rooms. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(3), 190–211. DOI:10.1177/1937586715607052.
- Devlin, A. S., Andrade, C. C., & Lima, M. L. (2014). Hospital rooms and patients' wellbeing: Exploring modeling variables. Report to the Academy of Architecture for Health Foundation.

- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61–73. DOI:10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x
- Evans, G.W. & Cohen, S. (1987). Environmental Stress. In D. Stokols & I. Altman, (Eds), *Handbook of Environmental Psychology*, pp. 571-610. New York: John Wiley.
- Fornara, F., Bonaiuto, M., & Bonnes, M. (2006) Perceived Hospital Environment Quality Indicators: A study of Orthopaedic Units. *Journal of Environmental Psychology*, 26, 321-334
- Garson, G. D. (2012). *Sampling*. (pp. 5-9). Statistical Associates Publishing.
- Harris P.B., McBride G., Ross C. & Curtis L. (2002) A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology* 32, 1276–1299.
- Hospital de Santarém, (2020a). Retrived 1 de novembro de 2020 from <https://www.hds.min-saude.pt/index.php/cuidados-de-saude-no-hospital/>
- Hospital de Santarém, (2020b). Retrived 1 de novembro de 2020 from <https://www.hds.min-saude.pt/index.php/2017/10/10/hospital-de-santarem-vence-premio-saude-sustentavel-2017/>
- Ingham, B., & Spencer, C. (1997). Do comfortable chairs and soft lights in the waiting area really help reduce anxiety and improve the practice's image? *Health Psychol Update*, 28, 17–20.
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C., & Ikenna, E. S. (2016). The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 174–188.
- Lee, S. Y., & Brand, J. L. (2010). Can Personal Control Over the Physical Environment Ease Distractions in Office Workplaces? *Ergonomics*, 53, 324–335. DOI: 10.1080/00140130903389019.
- Lin, Y. K., & Lin, C.J. (2015). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 28(7), 604–608. DOI:10.1136/emj.2010.093807

- Lohr, V.I., & Pearson-Mims, C.H. (2000). Physical discomfort may be reduced in the presence of interior plants. *Horttechnology*, *10*, 53–58.
- MacAllister, L., Bellanti, D., & Sakallaris, B.R. (2016). Exploring Inpatients' Experiences of Healing and Healing Spaces: A Mixed Methods Study. *Journal of Patient Experience*, *3*(4) 119-130. DOI: 10.1177/2374373516676182
- Malenbaum, S., Keefe, F.J., Williams, A.C.C., Ulrich, R., & Somers, T.J. (2008). Pain in its environmental context: Implications for designing environments to enhance pain control, *PAIN*, *134*, 241-244.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª edição). Pêro Pinheiro: Report Number Análise e Gestão de Informação, LDA.
- Mody, M., Suess, C., & Dogru, T. (2019). Restorative Servicescapes in Health Care: Examining the Influence of Hotel-Like Attributes on Patient Well-Being. *Cornell Hospitality Quarterly*, 1-21. DOI:10.1177/1938965519879430
- Morais, R., Andrade, C. C., Bernardes, S. & Pereira, C. R. (2015). Escalas de Medida da Percepção da Qualidade do Ambiente Hospitalar – Um Estudo em Unidades de Dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31* (3), 381-388.
- Nanda, U., Chanaud, C., Nelson, M., Zhu, X., Bajema, R., & Jansen, B. H. (2012). Impact of Visual Art on Patient Behavior in the Emergency Department Waiting Room. *The Journal of Emergency Medicine*, *43*(1), 172–181. DOI:10.1016/j.jemermed.2011.06.138
- Park, S.H., & Mattson, R.H. (2009). Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, *15*, 975–980.
- Pruyn, A., Smidts, A. (1998). Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures. *International journal of research in marketing*, *4*(15), 321–34. DOI: 10.1016/S0167-8116(98)00008-1.
- Raposo, M., Alves, H. & Duarte, P. (2009) Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient's satisfaction index. *Service Business*, *3*, 85-100 DOI 10.1007/s11628-008-0055-1.

- Schweitzer, M., Gilpin, L. & Frampton, S. (2004). Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (1), 71-83.
- Suess, C., & Mody, M. (2017). The influence of hospitable design and service on patient responses. *The Service Industries Journal*, 38(2), 127–147. DOI:10.1080/02642069.2017.1385773.
- Suess, C., & Mody, M. A. (2018). Hotel-like hospital rooms’ impact on patient well-being and willingness to pay. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(10), 3006–3025. DOI:10.1108/ijchm-04-2017-0231.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255. DOI:10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. DOI:10.1126/science.6143402
- Ulrich, R.S. (1991). Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. *Journal of Healthcare Interior Design*, 97-109.
- Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In A. Dalani (Ed.), *Design and health: The therapeutic benefits of design* (pp. 49-59). Sweden: Swedish Building Council.
- Ulrich, R.S., Bogren, L., Gardiner, S.K., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior, *Journal of Environmental Psychology* 57, 53-66. DOI: 10.1016/j.jenvp.2018.05.002
- Ulrich, R.S., Cordoza, M., Gardiner, S.K., Manulik, B.J., Fitzpatrick, P.S., Hazen, T.H., & Perkins, R.S. (2019). ICU Patient Family Stress Recovery During Breaks in a Hospital Garden and Indoor Environments, *Health Environments Research & Design Journal*, 1(20), 1-20. DOI: 10.1177/1937586719867157.
- Ulrich, R.S., Quan, X., Zimring, C.P., Joseph, A., Choudhary, R. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. *The Center for Health Design*.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.

DOI: 10.1177/193758670800100306

Taylor, S. E. (2011). *Health psychology* (8<sup>a</sup> ed.). New York: McGraw Hill.

Taylor, S.E, Repetti, R. L. & Seeman, T., (1997). Health Psychology: What is an Unhealthy Environment and How Does It Get Under the Skin?. *Annual Review of Psychology*, 48, 411–447

Van Rompay, T. J. L., & Tanja-Dijkstra, K. (2010). Directions in Healthcare Research: Pointers from Retailing and Services Marketing. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 3(3), 87–100. DOI:10.1177/193758671000300309

Walch, J.M., Rabin, B.S., Day. R., Williams, J.N., Choi, K., Kang, J.D. (2005) The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67,156–163

# **Anexos**

## **Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado**

### **Termo de Consentimento Informado**

Tomei conhecimento que a estudante Isabel Cristina Pelado Pimpão, do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, está a desenvolver uma investigação sobre a Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa, sob orientação da Professora Doutora Fátima Bernardo (Universidade de Évora) e coorientação da Professora Doutora Carla Semedo (Universidade de Évora).

Neste âmbito, foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração para responder a várias questões.

Fui informada(o) de que as **respostas serão anónimas e confidenciais**. A minha **identificação nunca será divulgada** e a minha colaboração tem **carácter voluntário**, sendo que **posso desistir em qualquer momento** do trabalho.

Fui esclarecida(o) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada(o) que **tenho direito a recusar participar** e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Aceito, colaborar neste estudo e assino onde indicado.

---

Santarém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

Este pequeno inquérito destina-se à obtenção de alguns dados pessoais. Relembramos mais uma vez o **anonimato** e **confidencialidade** de todos os dados recolhidos.

1. Sexo: Feminino  Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Vem acompanhado? SIM  Não  Por quem? \_\_\_\_\_
4. Tempo de deslocação (em minutos): \_\_\_\_\_
5. Transporte próprio  Transportes públicos  Bombeiros
6. Tem dificuldades de mobilidade? Sim  Não 
  - a. Se sim, quais? \_\_\_\_\_
7. Qual a especialidade da consulta? \_\_\_\_\_
8. É a primeira vez que vem ao Hospital Distrital de Santarém? Sim  Não 
  - b. Se não, qual a frequência com que se desloca a este Hospital?  
1 vez por ano  2/5 vezes por ano  6/11 vezes por ano   
1 vez por mês  Mais de 1 vez por mês



## Anexo 4 – Questionário de Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental PHEQI

### PHEQI – Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental

Pense nos espaços de espera do serviço de consulta externa e indique em que medida concorda ou discorda com as afirmações que se seguem.

Use a seguinte escala e assinale com uma cruz o número que melhor corresponde à sua opinião

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. A mobília é de boa qualidade					
2. As paredes, os pavimentos e os tetos têm cores bonitas					
3. Os lugares sentados (ex: cadeiras, sofás) são pouco cómodos					
4. As paredes, os pavimentos e os tetos estão em más condições					
5. A mobília está em boas condições					
6. A mobília está em más condições					
7. O nível de qualidade do ar é adequado (nem demasiado húmido, nem demasiado seco)					
8. A temperatura é inadequada (está demasiado quente ou demasiado frio)					
9. O sistema de climatização do ar é eficiente					
10. O ar é irrespirável					
11. A entrada deste/a serviço/sala de espera é claramente reconhecível					
12. A sinalética permite encontrar facilmente aquilo que se procura					
13. Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis					
14. Há poucos sinais para orientação					
15. O/A serviço/sala de espera é pouco iluminado/a pela luz do sol					
16. Das janelas tem-se uma vista pouco interessante					
17. Devia haver mais janelas					
18. Este serviço é barulhento					
19. Ouve-se frequentemente barulho proveniente do exterior					
20. Ouvem-se poucos ruídos do exterior					
21. Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde					
22. Em geral, o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano					
23. Em geral, o pessoal médico está pouco disponível do ponto de vista humano					
24. Este serviço é pouco organizado					
25. Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam as pessoas					
26. Em geral, o pessoal auxiliar está pouco disponível do ponto de vista humano					
27. As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente					
28. Neste serviço tem-se a impressão de se estar a ser observado(a)					

## Anexo 5 – Escala de Perceção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS)

### Supportive Hospital Environment Design Scale (SHEDS)

#### Instrução

Agora pense nas comodidades que a sala de espera providencia. Pensando nessas comodidades, por favor, selecione o número que melhor descreve em que medida concorda ou discorda com as seguintes frases:

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Nesta sala de espera, o tempo passa rápido.					
2. Nesta sala de espera, a minha atenção é atraída para coisas interessantes.					
3. Nesta sala de espera, existem objetos que atraem a minha atenção.					
4. No espaço de espera, posso estar a conversar com a família e amigos que me acompanham.					
5. Posso controlar qual o espaço onde espero pela minha consulta.					
6. Observar o que se passa à minha volta, na sala de espera, descontraí-me.					
7. Quando estou à espera, não posso sair da sala (Bar; WC) porque tenho medo de perder a vez.					
8. Este espaço de espera proporciona um ambiente que permite aos acompanhantes estarem connosco.					
9. Sinto que, neste espaço de espera, tudo é confuso.					
10. Neste espaço não me sinto à vontade.					
11. Este espaço de espera proporciona boas oportunidades para estabelecer contactos sociais.					
12. Sinto-me à vontade para explorar o espaço de espera.					
13. Neste espaço sinto que não tenho privacidade.					
14. Posso escolher a sala/espaço de espera para aguardar pela minha consulta.					
15. A presença de muitas pessoas neste espaço deixa-me incomodado.					
16. Neste espaço estou à vontade para conversar.					
17. Esta sala de espera permite-me estar com as pessoas que me acompanham à consulta.					
18. Nesta sala de espera, sinto-me constantemente alerta.					
19. Há muito para explorar e descobrir nesta sala de espera.					
20. As pessoas que me acompanham à consulta sentem-se confortáveis neste espaço de espera.					
21. Enquanto estou à espera, posso desfrutar da companhia das pessoas que me acompanham.					
22. Neste espaço de espera, sinto-me frequentemente perdido.					
23. Estar nesta sala facilita a espera pela minha consulta.					

