

• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tânia do Rosário Castro da Costa

## **Satisfação Global aferida pelos acompanhantes das crianças na Urgência Pediátrica**

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

Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2012



## **AGRADECIMENTOS**

Queria agradecer ao orientador da tese, ao Professor Pedro Lopes Ferreira, pela sua disponibilidade, orientação e motivação na elaboração deste trabalho, quando por momentos pensei em desistir...

Aos meus colegas de mestrado, com os quais muito aprendi.

Aos meus pais que sempre me apoiaram.

Ao meu querido Vasquinho que teve de abdicar de mim durante muitos momentos.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado.

Ao Pedro Catanho e à Márcia Batista pelo “empurrão” nesta fase final.

Um muito obrigado!



## RESUMO

A única forma de conseguir melhorias sustentadas de valor para os pacientes é medir os resultados. Medir resultados indica-nos o que funciona e o que não funciona, permite-nos ter uma visão profissional de desenvolvimento, fornece-nos informações vitais que nos indica se um acto clínico ou equipa está a atingir os resultados de forma eficiente. A medição e análise de resultados proporcionam uma tremenda oportunidade para a melhoria. Um dos indicadores que tem assumido um maior peso ao nível da avaliação de resultados dos cuidados de saúde é a satisfação dos pacientes.

Este trabalho utiliza o questionário Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Urgência Pediátrica (IAQH – UP) aplicado ao nível da Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, para aferir o comportamento de factores que a literatura tem vindo a reconhecer como proeminentes sobre a satisfação dos indivíduos. Assim, com esta dissertação pretendo monitorizar a opinião dos utentes (acompanhantes das crianças) sobre a qualidade dos serviços da Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal e criar lista de recomendações de mudanças tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados, com base nos resultados obtidos. Desta forma pretendo contribuir para a melhoria dos cuidados oferecidos. Conhecendo o que mais influi a satisfação dos indivíduos que se deslocam à urgência pediátrica, será possível a concentração de esforços em áreas críticas, maximizando-se assim a qualidade apercebida pelos pacientes, ao nível dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a sua satisfação e posterior recomendação dos mesmos.

A satisfação global dos acompanhantes apresentou um valor de 78,7%. Por sua vez o índice de qualidade global percebida pelos acompanhantes apresentou um índice de 70,5%. Em caso de necessidade, 96,1% dos indivíduos (222) recomendariam os serviços de urgência do hospital, onde foram tratados, a amigos e familiares. Os dados em análise parecem revelar que a conjectura

assumida relativamente à relação entre a avaliação da espera e o nível de satisfação manifestado. Para todos os itens que não estão relacionados com as instalações, as diferenças de satisfação, entre os inquiridos com avaliações distintas, ao nível da espera, são estatisticamente significativas. Aqueles que melhor avaliaram a espera demonstraram níveis de satisfação superiores, enquanto que os que tiveram uma pior avaliação do tempo que aguardaram no Serviço de Urgência manifestaram níveis mais baixos de satisfação.

**Palavras-Chave: Avaliação da Qualidade, Satisfação, Serviço de Urgência Pediátrica.**



## **ABSTRACT**

The only way to achieve sustained improvements in value for patients is to measure the results. Measure results shows us what works and what does not work, allows us to have a vision of professional development, provides us with vital information that indicates whether an actor clinical team is achieving results efficiently. The measurement and analysis results provide a tremendous opportunity for improvement. One indicator that has taken on greater weight in the evaluation of outcomes of care is patient satisfaction.

The present study uses the questionnaire Instruments of Hospital Quality Assessment – Pediatric' Emergencies (IAQH-UP) applied to the Accident and Emergency Pediatric Department of Hospital Dr. Nélio Mendonça, in Funchal, to assess the role of factors that the literature has recognized as prominent on patient satisfaction. So with this dissertation I intend to monitor the opinions of users (children caregivers) about the quality of services of the Pediatric Emergency Hospital Dr.Nélio Mendonca in Funchal and create a list of recommendations for changes aimed at improving the delivery of care, based on the results obtained. Therefore I intend to contribute to the improvement of care offered. Knowing that most influences the satisfaction of individuals moving to the pediatric emergency, you can concentrate efforts in critical areas, thus maximizing the quality perceived by the patients, the level of care and therefore their satisfaction and subsequent recommendation thereof.

The overall satisfaction of caregivers showed a value of 78.7%. Meanwhile the index of overall quality perceived by caregivers showed a level of 70.5%. If necessary, 96.1% of subjects (222) recommend emergency room of the hospital where they were treated to friends and family. The data appear in question show that conjecture regarding the assumed relation between the review and the expected level of satisfaction expressed. For all items that are not related to the facilities, differences in satisfaction among respondents with different estimations, the level of expectation, are statistically significant. Those who expect the best



rated show higher levels of satisfaction, while those who had a worse time evaluation that waited in the emergency department expressed lower levels of satisfaction.

**Keywords: Quality Assessment, Patient Satisfaction, Pediatric Emergency Department.**

## ÍNDICE GERAL

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 - MEDIR PARA CRIAR VALOR.....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1.-MEDIR OS RESULTADOS.....   | 12        |
| 1.2. - CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE DE VALOR:SATISFAÇÃO.....                          | 14        |
| 1.3. - SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE URGÊNCIA .....                                       | 16        |
| 1.4. - O ATENDIMENTO EM URGÊNCIA .....  | 23        |
| <b>2. - O SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA.....</b>                       | <b>25</b> |
| 2.1. - O SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DR.NÉLIO MENDONÇAL:<br>RESPONSABILIDADES..... | 27        |
| 2.2. - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA .....   | 28        |
| <b>3. - MÉTODOS.....</b>  | <b>31</b> |
| 3.1. - AMOSTRA.....   | 31        |
| 3.2. -DESENHO DO ESTUDO.....  | 32        |
| 3.3. – PROCEDIMENTOS.....   | 35        |
| <b>3.3.1. – Instrumento de colheita de dados.....</b>                                   | <b>35</b> |
| <b>3.3.2. – Procedimentos estatísticos.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>4. - RESULTADOS.....</b>   | <b>43</b> |
| 4.1. – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....  | 43        |
| 4.2. – SATISFAÇÃO.....  | 47        |
| 4.3 - HIPÓTESES .....   | 56        |
| <b>5. - DISCUSSÃO .....</b>   | <b>64</b> |
| <b>6. – CONCLUSÕES.....</b>   | <b>72</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>   | <b>75</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>84</b> |
| <b>Autorização do Conselho de Administração.....</b>                                    | <b>85</b> |
| <b>Documento de Informação e Consentimento.....</b>                                     | <b>87</b> |
| <b>IAQH-UP .....</b>  | <b>92</b> |



## **ÍNDICE DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Dados sociodemográficos referentes às crianças.....                     | 44 |
| <b>Tabela 2</b> - Dados sociodemográficos referentes aos acompanhantes das crianças.....  | 45 |
| <b>Tabela 3</b> – Procedimentos antes da deslocação às Urgências.....                     | 47 |
| <b>Tabela 4</b> - O que os indivíduos acharam do tempo que tiveram de estar à espera..... | 49 |
| <b>Tabela 5</b> – Foi dada explicação para a demora no atendimento.....                   | 49 |
| <b>Tabela 6</b> - Sentimento de recuperação por parte dos indivíduos.....                 | 52 |



## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Distribuição das Respostas no Tempo.....   | 43 |
| <b>Figura 2</b> – Algumas razões subjacentes à ida ao Serviço de Urgência Hospitalar.....                  | 48 |
| <b>Figura 3</b> - Sentimento dos indivíduos enquanto esperavam para ser observados .....                   | 50 |
| <b>Figura 4</b> - O que os indivíduos pensam sobre a observação médica.....                                | 51 |
| <b>Figura 5</b> - Satisfação dos indivíduos com a cortesia, o apoio, os cuidados e a informação.....       | 52 |
| <b>Figura 6</b> - Satisfação dos indivíduos com aspectos das infraestruturas e equipamentos de apoio.....  | 53 |
| <b>Figura 7</b> – Conhecimento sobre o facto de que se devem dirigir primeiramente ao centro de saúde..... | 54 |
| <b>Figura 8</b> - Recomendação do Serviço de Urgência Hospitalar a terceiros.....                          | 55 |



## **LISTA DE SIGLAS**

**ANOVA** – *Analysis of Variance*

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

**EPE**- Entidade Pública Empresarial

**EUA** – Estados Unidos da América

**FEUC** – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

**IAQH – UP** - Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar –Urgência Pediátrica

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

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**RSF** – Resposta Sem Franquia

**SESARAM, E.P.E.** - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

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

**USF** - Unidades de Saúde Familiar





## **INTRODUÇÃO**

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação importante e premente, quer por parte das Instituições de Saúde, como dos governantes, que se vêem a braços com custos exponenciais, para os quais dispõem de recursos limitados. Contudo, a forma de aferir esta qualidade, é um tema que ainda está longe de ser consensual, encontrando-se na literatura uma vasta panóplia de abordagens documentadas.

Apesar de desvalorizada, no passado, a centralidade dos pacientes na prestação dos cuidados de saúde tem vindo a ser, cada vez mais, advogada. E a avaliação da satisfação dos mesmos é, cada vez mais, assumida como uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento.

Para aferir a satisfação dos pacientes é recorrente o uso de questionários validados. Um dos mais proeminentes, em Portugal, ao nível das Urgências Hospitalares é o IAQH-U. A amostra deste estudo são os acompanhantes das crianças utentes da urgência pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça no Funchal. A entrega dos questionários decorreu nos meses de Maio e Junho de 2011. Foram entregues 2000 questionários e foram recebidos 243 respostas. O primeiro questionário foi recebido a 16 de Maio e aguardou-se até 16 de Setembro.

Como método de amostragem neste estudo optou-se pela amostra accidental ou de conveniência pois os sujeitos são facilmente acessíveis e respondem aos critérios de inclusão precisos, ou seja, permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.

Com esta dissertação pretendeu-se analisar o comportamento de alguns factores, referenciados na literatura, sobre a satisfação dos indivíduos que se deslocam às Urgências Hospitalares, utilizando o referido inquérito.

Conhecendo o que mais influi sobre a satisfação dos indivíduos que se deslocam às Urgências Hospitalares, será possível a concentração de esforços em áreas críticas, maximizando-se assim a qualidade apercebida pelos pacientes,

ao nível dos cuidados prestados no Serviço de Urgência Hospitalar, e, conseqüentemente, a sua satisfação e posterior recomendação dos mesmos. A amostra global analisada é composta por um grupo muito homogêneo de sujeitos, com preponderância para os indivíduos do sexo feminino, mães das crianças utentes da urgência pediátrica (83%). Os respondentes são ainda, maioritariamente, casados (78%), apresentam níveis de habilitações literárias altos (36% com ensino superior, 22% com ensino médio e só 1% não frequentou o ensino) e 75% encontram-se a trabalhar.

A maioria das crianças atendidas têm idades entre os 1 e os 6 anos (64%), sendo que o género tem percentagens muito semelhantes (48,9% do sexo feminino e 51,1% do sexo masculino).

A doença súbita foi o maior motivo de ida à urgência (37%), sendo que 14% adoeceu há menos de 1 hora e em percentagens iguais (32%), o tempo entre 5 a 24 horas e entre 1 a 7 dias. De notar que uma percentagem mínima estava doente há mais de 7 dias (4%).

Os inquiridos deslocaram-se, principalmente, ao Serviço de Urgência por iniciativa própria (92,9%), esperando, sobretudo, receber tratamento e regressar a casa de seguida (88%) e que a criança fosse observada por um especialista (92%). 73% dos indivíduos consideraram o tempo de espera, pelo menos, aceitável, e 62% referem não terem esperado muito pelo atendimento. No tocante à avaliação médica efectuada, mais de 80% dos respondentes têm uma percepção positiva sobre os 4 parâmetros analisados e, à data da resposta ao inquérito, a maioria dos inquiridos (64%) sentem que recuperaram completamente ou que, pelo menos, se encontram a melhorar.

De uma maneira geral, os acompanhantes das crianças encontram-se satisfeitos com a qualidade do Serviço de Urgência.

Início este trabalho com o enquadramento sobre a medição dos resultados em saúde (medir para criar valor), satisfação e o atendimento em urgência (capítulo 2), seguindo-se uma descrição do serviço de saúde da RAM (capítulo 3). Dedico o capítulo 4 aos métodos, onde abordo a amostra, as hipóteses em estudo, o questionário aplicado e processo de recolha de dados,

assim como os resultados. Os capítulos 5 e 6 correspondem à discussão e às considerações finais.

## **1 - MEDIR PARA CRIAR VALOR**

Na Europa, as mais recentes reformas na área da saúde levadas a cabo em diversos países focam a necessidade de contenção de custos e a melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde.

Não obstante o foco da reforma ser atribuído ao cidadão, a verdade é que muito pouco se faz ou valoriza na avaliação de resultados em saúde. Refiro-me aos resultados que os cidadãos procuram quando recorrem a determinado serviço de saúde. É unânime que a reforma dos cuidados de saúde deve centrar-se na melhoria da saúde e do valor dos cuidados de saúde para os pacientes.

A reforma dos cuidados de saúde deve ser centrada na melhoria da saúde e do valor dos cuidados de saúde para os pacientes (Porter e Teisberg, 2007). Os mesmos autores propõem uma estratégia para a reforma baseada no mercado, mas com a orientação para a equipa clínica. A liderança dos profissionais é essencial. Melhorar o valor dos cuidados de saúde é algo que só as equipas clínicas podem fazer. O tipo certo de competição para melhorar os resultados vai conduzir a uma melhoria drástica. Com concorrência, os pacientes receberão melhor atendimento, os profissionais de saúde serão recompensados pela excelência, e os custos poderão ser contidos.

A leitura de diversos artigos e orientações estratégicas em saúde sugerem-nos que a importância que ainda hoje governo e gestores dedicam à avaliação de resultados é de tal forma residual que não nos permite avaliar as reais necessidades de cuidados de saúde da população. Não ousamos sequer falar na eficiência dos serviços.

Medir resultados em saúde, para além de avaliar necessidades de cuidados de saúde, para além do que medir eficiência do serviço prestado, poderá constituir uma ferramenta poderosa no momento de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde. O paciente poderia escolher o médico, o serviço, a instituição mais eficaz, com melhores resultados, para sua

necessidade de saúde. Pode ler-se no Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009/2013 – Saúde: um Valor para todos:

Nos últimos 30 anos, a sociedade portuguesa alterou-se profundamente. A redução da natalidade e, em especial, o aumento da esperança de vida fizeram crescer a importância da resposta aos problemas dos cidadãos idosos. O País tornou-se, também, mais urbano: em trinta anos passou de 29% para 55% a população residente em áreas urbanas. Os indicadores relativos ao SNS têm vindo a melhorar: acessibilidade, produtividade e gestão. Mais pessoas têm acesso a cuidados de saúde e são-lhes prestados mais e melhores cuidados (Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009/2013, 2009:68).

Prosseguir a reforma do Serviço Nacional de Saúde é indispensável para responder às novas necessidades e expectativas dos portugueses. O foco da reforma é acrescentar valor para o cidadão, tendo por objectivo conseguir bons resultados de forma eficiente e mais equitativa. Obter ganhos em saúde é o verdadeiro caminho para a sustentabilidade do sistema. As principais medidas propostas ao país, na área da saúde, são a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de saúde, através de importantes medidas que serão integradas no novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

A política de saúde preconizada pode ser apresentada em torno de três tópicos: mais saúde, reforçar o sistema de saúde e um serviço nacional de saúde sustentável e bem gerido. Criar e transmitir valor que promova e justifique o investimento é responsabilidade do sistema de saúde, que realiza continuamente compromissos entre os recursos disponíveis e criáveis, os serviços prestados e os resultados obtidos. Esta é o conceito de Valor em Saúde, ou seja, obtenção de ganhos considerando o investimento feito. A criação de valor é importante no actual contexto económico como instrumento de sustentabilidade e requer visão, reforma e investimento a longo prazo (PNS, 2011-2016: 13).

O utente é sempre e em todas as medidas, o centro de gravidade da política de saúde. Os desafios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem concentrar-se em aprimorar a qualidade dos resultados e em corrigir as desigualdades ainda existentes. Estes objectivos passam por ganhos de

eficiência na gestão, por ganhos no acesso aos cuidados de saúde, pela garantia da sustentabilidade e pela responsabilização dos profissionais de saúde, elementos essenciais para garantir qualidade (PNS, 2011 – 2016).

Também o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2008) faz referência à necessidade da avaliação de resultados pelo SNS. A importância que a gestão do SNS devota à avaliação de resultados é diminuta. Referimo-nos aos resultados que os cidadãos procuram quando se servem do SNS, ou seja: vida mais saudável durante mais tempo. De facto, convém não perder de vista que é essa a missão de qualquer serviço de saúde. A insuficiência na avaliação de resultados tem importantes e deletérias consequências no desempenho e, provavelmente, na própria sobrevivência do SNS, pois impossibilita a determinação do valor da sua actividade, indispensável para balizar quaisquer tentativas de melhoria e para o impor perante outros prestadores.

Se desconhecer os seus resultados, como poderá o SNS aferir o cumprimento da sua missão, determinar os seus objectivos e encontrar os métodos para os atingir?

Invocando dificuldades na avaliação quantificada do que é viver mais e melhor, tornou-se hábito avaliar, em vez disso, as estruturas ou os processos que são utilizados pelos serviços ou estabelecimentos de saúde. A tal ponto que, muitas vezes, os meios substituem os fins.

Na verdade, o SNS longe de uma filosofia de medição/avaliação de resultados, não possui ferramentas de avaliação capazes de determinar em que medida são satisfeitas as necessidades de cuidados de saúde da população, capazes de medir a eficiência do serviço prestado e expressar os resultados na forma de benefício custo para a população.

O OPSS (2008) alerta para a importância de avaliação de indicadores directos de quantidade ou de qualidade de vida, fazendo mesmo referência a parâmetros como a sobrevivência global, períodos com sintomas e sem sintomas, entre outros. Contudo, é notável como quase todos os processos de melhoria e de garantia da qualidade, sistemas de financiamento e a gestão de recursos humanos (incluindo a formação e os sistemas de incentivos) têm deixado de fora qualquer preocupação com o valor do produto final para os doentes. De facto,

centradas em indicadores de processo e de estrutura, as metodologias da qualidade têm-se alheado de parâmetros relativos a resultados. Também o financiamento é baseado em contratos-programa que não contratam indicadores significativos para a obtenção de vida mais longa e mais saudável para os utilizadores dos serviços de saúde. Pelo contrário, em geral, incentivam a multiplicação indiscriminada (quer dizer, sem relação com o número de doentes assistidos nem com as respectivas condições de saúde) de gestos e actos clínicos e o emprego de tecnologias sem necessidade de justificar a sua utilização. Mesmo quando o objectivo contratado se refere à contenção de despesas ou pretende refrear o incremento de custos, isso é feito de forma cega, sem atender à quantidade de doentes tratados nem à complexidade das respectivas situações clínicas. Por sua vez, a formação de pessoal volta a tocar a tecla dos processos, sem preocupação com os resultados. Os tão falados sistemas de incentivos não parecem descolar de parâmetros administrativos ou de aspectos estritamente quantitativos da produção, que estão demasiado longe do que tem valor para os utilizadores do serviço de saúde. Esta desatenção em relação aos resultados no tratamento das situações clínicas que são o cerne da missão de qualquer serviço de saúde, não sendo uma particularidade portuguesa, é, no mínimo, bizarra.

Como explicar que a complexidade, sofisticação e custo atingidos nos nossos dias pelos serviços de saúde não sejam avaliados pelo valor que produzem para os seus utilizadores?

Segundo Porter e Teisberg (2007), a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. O aumento de custos, o aumento dos problemas de qualidade e o aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários é, por estes autores, inaceitável e insustentável. Além disto, começa a ser consensual considerar-se que o objectivo principal de um sistema de saúde ou de qualquer organização de saúde nunca pode ser minimizar custos, mas sim fornecer o maior valor possível aos cidadãos e, em particular, aos cidadãos doentes carentes de cuidados de saúde.



Seguindo esta linha de raciocínio, qualquer reforma dos cuidados de saúde deve ser orientada para a melhoria da saúde e para o valor dos cuidados a prestar aos cidadãos, isto é, para a efectividade dos cuidados. Os mesmos autores defendem que é essencial que estas reformas sejam lideradas pelos profissionais, porque só eles como prestadores directos estão em condições de melhorar o valor dos cuidados a prestar. De acordo com os mesmos, a reforma dos cuidados de saúde deve centrar-se na melhoria da saúde e do valor dos cuidados de saúde para os pacientes. Colocam a estratégia para a reforma da saúde baseada no mercado, mas com a orientação dos profissionais. Melhorar a saúde e o valor dos cuidados de saúde para os pacientes é a única e efectiva solução.

O valor da concorrência baseada em resultados é o caminho para a reforma que reconhece o papel dos profissionais de saúde no coração do sistema. Defendem ao longo do artigo que a finalidade da reforma do sistema de saúde não é minimizar os custos, mas fornecer valor aos pacientes, ou seja, melhorar a saúde pelo dinheiro gasto (*idem*). Falam-nos de uma abordagem diferente. A verdadeira solução do problema de saúde é aumentar significativamente o valor do atendimento prestado por todo o dinheiro a ser gasto, e isso nunca será conseguido a partir do exterior, considerando apenas formas de pagamento e incentivos.

Aumentar o valor dos cuidados é algo que pode ser feito apenas por profissionais, e se os clínicos estão dispostos a enfrentar este desafio, não será demasiado tarde para iniciar esta reforma que lhes é directamente dirigida. Para criar valor no sistema de saúde é necessária concorrência/competição. Introduz-se o conceito de concorrência e soluções baseadas no mercado. Lições de outros campos, tais como serviços de telecomunicações, informática e serviços financeiros, mostram que a concorrência estimula a inovação e a qualidade. A concorrência sobre melhores resultados (melhores resultados de saúde por dólar/euro gasto) produziria múltiplos vencedores: os doentes seriam melhor atendidos, os médicos seriam recompensados pela excelência, e os custos seriam contidos.

Os autores Porter e Teisberg (2007) referem três princípios que devem orientar esta mudança:

- O objectivo é dar valor para os utentes;
- O atendimento é organizado em torno das intervenções clínicas e dos ciclos do cuidado;
- Os resultados devem ser medidos.

Estes três princípios estão fortemente inter-relacionados. Bons resultados medidos exigem a clareza que o objectivo é dar valor para os pacientes e que este valor é criado ao longo do ciclo de cuidados.

Embora possa parecer óbvio que o valor para os utentes é a meta para a saúde, o actual sistema não está estruturado dessa forma (*idem*).

Melhorar o valor para os pacientes é claramente o único objectivo válido por razões éticas. É também o único objectivo que alinha os interesses de pacientes, clínicos, planos de saúde, gestores e governo.

Podemos então questionar como medir os resultados/desempenho? Michael Porter (2007) lançou mais luz sobre o assunto. O autor identifica a falta de objectivos coerentes entre as partes interessadas como a principal razão pela qual os sistemas de saúde não conseguem melhorar o desempenho. Afirma que jogadores diferentes têm objectivos muito diferentes e muitas vezes objectivos conflituosos, referentes ao acesso aos serviços, à rentabilidade, à qualidade, à contenção de custos, à segurança, à conveniência, ao paciente como centro de atenção e à satisfação. Justamente o autor propõe uma medida de centralização de valor que, em teoria, deveria unificar todos os jogadores (entenda-se intervenientes) e permitir um progresso real a ser feito de uma forma mensurável.

Nos cuidados de saúde, valor é definido como os resultados de saúde atingidos por unidade monetária gasta (Porter, 2010). Valor deve ser o objectivo preeminente no sistema de saúde, porque é o que, em última análise, importa para os clientes e une os interesses de todos os actores do sistema. Se o valor aumenta, os pacientes, pagadores e fornecedores são beneficiados enquanto a sustentabilidade económica do sistema de saúde melhora. Valor engloba outros

objectivos dos cuidados de saúde, tais como qualidade, segurança do utente, centralização ea contenção de custos, e integra-os (*idem*).

Apesar da importância global do valor em saúde, este não tem sido o foco central. De facto, o valor permanece em grande parte imensurável em todo o mundo. Em vez de valor, as partes interessadas na saúde têm inumeráveis objectivos muitas vezes conflitantes, incluindo o acesso a serviços, lucro, qualidade, contenção de custos, segurança, conveniência e satisfação do utente.

A qualidade, um conceito crucial para a melhoria da saúde, é usada de muitas maneiras, de tal forma que perdeu o seu significado e utilidade (*ibidem*).

As falhas em adoptar o valor como a meta central dos cuidados de saúde e a sua medição são, indiscutivelmente, as falhas mais graves da comunidade médica. Isso tem prejudicado a mudança, levou à lenta divulgação da inovação, permitiu uma pseudo-inovação sem benefícios de valor significativo e encorajou uma microgestão de práticas médicas, o que impõe custos expressivos.

A incapacidade de medir o valor é uma das principais razões pelas quais a reforma nos cuidados de saúde tem sido tão difícil, em comparação com outras áreas.

Porter (2010) afirma que valor não é nem um ideal abstracto, nem uma palavra código para redução de custos, mas deve definir o quadro de melhoria de desempenho nos cuidados de saúde. Uma rigorosa e disciplinada medição do valor é a melhor forma de unidade de um sistema em progresso. No entanto, o valor dos cuidados de saúde continua a ser muito mal interpretado.

Em qualquer campo, o valor deve ser definido em torno do cliente, e não do fornecedor. Em cuidados de saúde, o valor é definido como os resultados de saúde do utente, alcançados em relação aos custos.

Num sistema de cuidados de saúde que funciona bem, a criação de valor para os pacientes irá determinar recompensas para todos os intervenientes do sistema. Valor é medido por saídas, não entradas. Daí que o valor dos cuidados de saúde depende dos resultados reais do paciente, e não do volume de serviços prestados. Mais cuidados não significa melhor atendimento. Valor é medido tendo como base os resultados alcançados em relação aos custos necessários, e como tal, incluía eficiência. Definindo objectivos tendo em consideração somente a

contenção de custos, ao invés da melhoria do valor tem sido devastador para os esforços de reforma dos cuidados de saúde. A redução de custos não tendo em conta os resultados alcançados é perigosa e auto-destrutiva, levando a falsas economias e, potencialmente, limitar os cuidados eficazes. Um foco no valor e não apenas nos custos evita a falácia de limitar os tratamentos que são discricionários ou caros, mas realmente eficazes.

O conjunto completo de resultados, ajustado às circunstâncias do paciente, constitui a qualidade do atendimento para o mesmo. A palavra qualidade tem outros significados nos cuidados de saúde, que tem contribuído para o progresso lento na medição do valor e sua melhoria.

Resultados, o numerador da equação do valor, engloba os resultados reais dos cuidados em termos de saúde do paciente. Para qualquer condição não há resultado único que capture os resultados do cuidado. Pelo contrário, para cada condição médica há um conjunto de resultados multidimensionais que em conjunto constituem benefício do paciente (Porter, 2010). Custo, o denominador da equação do valor, refere-se ao total dos custos envolvidos no ciclo completo de cuidados para a condição do paciente (ou para os cuidados preventivos), não apenas os custos envolvidos numa intervenção ou num episódio de cuidados (*idem*).

Ainda Porter (2010) é da opinião que a prestação de cuidados de saúde precisa ser reestruturada com o objectivo de obter uma melhoria de valor. A organização da prestação de cuidados de saúde em torno de problemas médicos, ao invés de especialidades ou procedimentos, é fundamental para melhorar o valor para os utentes. Qualquer circunstância médica deve ser tratada de uma forma integrada.

Cuidados eficazes requerem um esforço combinado e coordenado de várias especialidades, médicos e outros profissionais de saúde. O ciclo de atendimento começa com a triagem e prevenção e estende-se durante o período de diagnóstico, tratamento, recuperação, e gestão activa da doença, no caso de doenças crónicas. Várias especialidades, serviços, e até mesmo entidades estão envolvidos no ciclo de atendimento. O valor para os utentes vem do efeito global de toda uma sequência de actividades, não de um serviço individual. O autor

afirma mesmo que a melhor integração do tratamento com a prevenção, reabilitação e gestão da doença irá revelar formas óbvias de melhorar os resultados globais e reduzir custos. Mesmo os pequenos passos na direcção de cuidados integrados podem ter um grande retorno (Porter, 2010).

### 1.1. - MEDIR OS RESULTADOS

A única forma de conseguir melhorias sustentadas de valor para os pacientes é medir os resultados. Medir resultados indica-nos o que funciona e o que não funciona, permite-nos ter uma visão profissional de desenvolvimento, fornece-nos informações vitais que nos indica se um acto clínico ou equipe está a atingir os resultados de forma eficiente. A medição e análise de resultados proporcionam uma tremenda oportunidade para a melhoria.

A análise dos resultados é o único caminho para a tomada de decisão sobre a prestação de cuidados de saúde, a manter ou melhorar a qualidade e reduzindo custos, afirmam Porter e Teisberg (2007). Os resultados revelam uma das ideias mais cruciais sobre a prestação de cuidados de saúde: “cuidados de saúde realmente de qualidade são geralmente mais baratos, sendo que uma das razões mais importantes para medi-los é que são a melhor forma de reduzir custos e de melhorar os resultados” (Porter e Teisberg, 2007:1106).

O OPSS (2009) faz referência a um recente estudo realizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), sob encomenda da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que envolveu a participação de 12.713 utilizadores e 2.398 profissionais das primeiras 146 USF criadas até Novembro de 2008.

As taxas de respostas obtidas neste estudo foram, respectivamente, 76% e 85%, valores extremamente elevados que reflectem não só uma vontade em participar mas, principalmente, um acreditar que as suas avaliações e opiniões vão ser úteis, respectivamente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos e da qualidade das condições de trabalho.

De uma forma geral, os cidadãos utilizadores estão mais satisfeitos com a relação que estabelecem com médicos e enfermeiros (76,5%) das USF e com os cuidados médicos aí prestados (74,5%), e relativamente menos satisfeitos com a organização dos serviços (69,2%).

De qualquer modo, há um evidente acréscimo significativo de satisfação quando estes resultados são comparados com os obtidos em 2005 com os utilizadores de todos os centros de saúde do continente.

Atendendo ao facto da contratualização, nomeadamente em contexto hospitalar, estar muito focalizada na produção e não no valor gerado por essa produção, o *ThinkTank* Saúde em Rede considerou que o desenvolvimento da prática da contratualização deveria atender a determinados aspectos, como o modelo de financiamento deverá ser um instrumento modelador de comportamentos, onde se garanta, de algum modo, que o pagamento dos serviços prestados tem uma adequada correspondência em termos de resultados obtidos (OPSS, 2009). Foi ainda considerado que um sistema de saúde promotor de criação de valor (i.e. utilidade ou benefício que se extrai do consumo de um bem ou serviço) só será viável se o Ministério da Saúde basear a tomada de decisão no conhecimento sustentado, sendo para isso essencial apostar no desenvolvimento de centros de investigação direccionados para a avaliação de resultados em saúde, da medicina baseada na evidência e de modelos de contratualização. No mesmo relatório, o OPSS (2009) afirma que o processo de contratualização deve progredir para modelos baseados numa lógica de resultados em saúde e de criação de valor para os cidadãos, decorrendo de um planeamento que contemple as necessidades em saúde, o ciclo de doença, a integração dos diferentes níveis de cuidados e um alinhamento estratégico entre as metas contratualizadas externamente com a missão e objectivos da instituição, sempre sustentado por incentivos financeiros e instrumentos de monitorização contínua da qualidade, num quadro de sustentabilidade financeira.

## 1.2. -CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE DE VALOR: SATISFAÇÃO

Um dos indicadores que tem assumido um maior peso ao nível da avaliação de resultados dos cuidados de saúde, é a satisfação dos pacientes, que reflecte as opiniões dos doentes face às características e às condições de cada uma das dimensões da trilogia de Donabedian, no tocante à prestação de cuidados de saúde a que foram sujeitos.

Assim sendo, assumem, de facto, uma especial importância, os indicadores de qualidade centrados nos pacientes (quer estes estejam capacitados, ou não, para aferir a satisfação de uma determinada necessidade). E para além de serem ferramentas para aferição da qualidade dos serviços prestados, possibilitam, ainda, aos prestadores, com base no conhecimento das necessidades e expectativas dos pacientes, uma melhoria contínua dos cuidados.

Consequentemente, os políticos e os gestores estão cada vez mais empenhados em integrarem processos de melhoria da qualidade no planeamento e na gestão diária, de forma a conseguirem aumentar a satisfação dos doentes. O mesmo autor refere ainda que o hospital tal como qualquer outra organização para se manter vivo deverá centrar a sua actividade no consumidor. Isto implica que se mantenha continuamente o seu *feed-back*, observar o que fazem, antecipar as suas necessidades e expectativas, saber o que os faz gostar do serviço e como avaliam o valor dos serviços recebidos. A satisfação dos clientes é um indicador fundamental na gestão das organizações, conduzindo a decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados, sendo a satisfação uma medida de desempenho organizacional (Escoval e Ferreira 2010; Hespanhol, 2008).

Sepúlveda (1998) defende que a satisfação é um resultado que se deseja obter no processo de prestação, assim como, uma componente da qualidade dos cuidados de saúde, “nunca poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito” (Sepúlveda, 1998: 37). A satisfação dos utentes é um dos assuntos mais importantes abordados em discussões sobre a medição da qualidade dos cuidados de saúde (Fitzpatrick, 1991), sendo mais do que um mero

indicador pois, como foi referido anteriormente, é, ela própria, uma componente dos cuidados.

Algumas das inúmeras definições de satisfação dos pacientes que proliferam na literatura são, por exemplo: “uma atitude resultante de avaliações positivas de distintas dimensões de cuidados de saúde” (Santos, 1993: 31); “uma forma especial de atitude face ao consumo, isto é, como um fenómeno de pós-experiência que reflecte o quanto o utente gostou ou desgostou do serviço que recebeu” (Sepúlveda, 1998: 36-37); “reacção recipiente que salienta aspectos dos cuidados e mede a avaliação cognitiva e reacção emocional do paciente à estrutura, processo e/ou *outcome* dos cuidados” (Santos, 1993: 31); “uma resposta (afectiva ou emocional) dada em face da avaliação, que o utente faz dos cuidados de saúde a que foi sujeito” (Sepúlveda, 1998: 36); “*na evaluation of directly-received service. The evaluation is seen as a comparison of salient characteristics of the individual’s health care experience to a subjective standard*” (Pascoe, 1983: 189); ou ainda, “um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade”(Carr-Hill, 1992 *apud* Sepúlveda, 1998: 36).

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

A satisfação dos utilizadores está assim, directamente relacionada com as suas necessidades e expectativas. O tema das necessidades em saúde pode ser abordado sob diferentes bases conceptuais, podendo traduzir necessidades individuais ou colectivas, podendo focalizar-se na prestação directa de cuidados ou num contexto mais alargado, incorporando determinantes ambientais e sociais, entre outras abordagens. O conceito de expectativas é muitas vezes associado às necessidades expressas ou às exigências do cidadão, tendo sido ainda pouco estudado (Gonçalves, Alves e Ramos, 2010).



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

### 1.3. -SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE URGÊNCIA

Na grande maioria dos modelos propostos na literatura, a satisfação dos pacientes é conceptualizada no âmbito de uma modelização de um determinado valor perspectivado ou como o resultado da comparação entre as expectativas e o desempenho ou resultado apercebido.

A satisfação é um indicador de resultados de natureza psico-social que pode referir-se tanto à atitude do utente face à globalidade dos cuidados de saúde recebidos (enquanto consumidor) como a uma experiência específica, como é, por exemplo, o caso da sua reacção a um determinado prestador.

Segundo Brown *et al.* (2005), a atenção dada à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde efectuada pelos doentes tem crescido como resultado: do aumento das provas de que a satisfação dos pacientes tem influência na efectividade dos serviços, do facto dos prestadores estarem conscientes do potencial impacto negativo das reclamações na opinião do público sobre a qualidade dos cuidados de saúde e do aumento da ênfase à melhoria contínua da

qualidade como método de gestão dos serviços de saúde. Relativamente ao envolvimento dos pacientes na avaliação da qualidade, Vuori (1988) argumenta que a satisfação dos doentes é um resultado dos cuidados de saúde e conseqüentemente um objectivo dos mesmos, sendo um pré-requisito para a eficácia médica (por exemplo, ao nível do cumprimento da prescrição), um *feedback* importante para a melhoria dos cuidados de saúde e um possível indicador externo válido para aspectos interpessoais e organizacionais da qualidade.

Ferreira (1999) adverte que “o factor que num futuro próximo, permitirá distinguir os hospitais e garantir a sua sobrevivência num mercado competitivo é o valor dos serviços prestados aos cidadãos consumidores” (Ferreira, 1999: 1). Conseqüentemente, os políticos e os gestores estão cada vez mais empenhados em integrarem processos de melhoria da qualidade no planeamento e na gestão diária, de forma a conseguirem aumentar a satisfação dos doentes. O mesmo autor refere ainda que o hospital tal como qualquer outra organização para se manter vivo deverá centrar a sua actividade no consumidor. Isto implica que se “mantenha continuamente o seu *feed-back*, observar o que fazem, antecipar as suas necessidades e expectativas, saber o que os faz gostar do serviço e como avaliam o valor dos serviços recebidos” (Ferreira, 1999: 3). O paciente é de facto extremamente importante no sistema de cuidados de saúde, sendo, para todos os efeitos, o último consumidor (embora não seja o único).

A satisfação parental foi definida por Bragadóttir e Reed (2002) como “*patient satisfaction has been defined as judgment made by a recipient of care as to whether his or her expectations for that care have been fulfilled*” (p. 476). Os mesmos autores, citando Vuori, defendem que os cuidados não podem ser considerados de qualidade a não ser que os utentes fiquem satisfeitos.

Actualmente ainda persistem algumas dúvidas sobre o que, de facto, determina a satisfação dos utentes. Strasser, Aharony e Greenberger (1993), por exemplo, numa revisão dos trabalhos elaborados, nesta área, constatam que nos vários modelos encontrados, alguns privilegiam as expectativas enquanto que outros realçam a comparação entre as expectativas e os resultados apercebidos.

Existe, contudo, uma maior concordância relativamente à assumpção da satisfação dos doentes como um objectivo a alcançar na prestação dos cuidados de saúde.

A satisfação dos utentes acarreta impactos positivos adicionais sobre os cuidados: aumento da confiança, maior predisposição para a condescendência, maior tolerância a demoras, maior tolerância a intervenções desconfortáveis e de maior risco, eventual diminuição do número de complicações e do desconforto como resultado de uma menor preocupação dos pacientes. E, em conjunto com outros indicadores, a satisfação dos pacientes pode transformar-se numa fonte de informação primordial (para gestores, prestadores e compradores) para se conseguir melhorar a qualidade dos cuidados que não deve, de todo, ser desprezada (Press, 1994).

A avaliação do utente permite, na realidade, identificar áreas que deverão ser trabalhadas pelos prestadores de cuidados tendo em vista uma melhoria contínua. Para a garantia de qualidade é de extrema importância a melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, a discussão das expectativas mútuas e a criação de uma confiança mútua. Apesar de não ser uma medida directa da qualidade dos cuidados de saúde salienta que “a sua medição é útil, porque permite identificar incontestavelmente as áreas de actividade hospitalar a necessitarem de acções correctivas” (Pego, 1998: 92). A avaliação do nível de satisfação dos utentes possibilitará, nomeadamente, perceber se estão a ser cumpridos os objectivos da prestação de cuidados e com que qualidade; identificar as razões que conduzem à satisfação e à insatisfação; detectar deficiências às quais só se tem acesso ouvindo a opinião dos utentes; e identificar e conhecer problemas para os poder corrigir (Filho, 1990).

Em Portugal, a opinião dos utentes é reconhecida, sendo a satisfação dos pacientes considerada como um “importante elemento da avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde” (Sepúlveda, 1998: 33) na base XXX da Lei de Bases da Saúde.

É perceptível a complexidade na medição deste indicador da qualidade dos cuidados de saúde composto por inúmeras variáveis (relativas ao utentes,

aos prestadores de cuidados, à instituição e à natureza dos cuidados). Todavia, de forma a se conseguirem ganhos efectivos em saúde e na qualidade de vida é indispensável que os prestadores de cuidados de saúde, em colaboração com os pacientes, procurem contribuir para as necessidades implícitas e explícitas destes últimos (Cardoso, 2002).

É importante especificar os objectivos da satisfação apropriados para avaliar. Saber, simplesmente, que os utentes estão satisfeitos é muito pouco (ou nada). Importa saber com o quê é que estão, de facto, satisfeitos. Apesar de se poder dividir os aspectos da satisfação naqueles relacionados com os resultados para os doentes e os ligados à prestação de cuidados, a investigação, nesta área, tem-se concentrado nestes últimos.

Segundo Escoval (2008), a crescente atenção dada à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde efectuada pelos utilizadores e ao uso de inquéritos de satisfação assenta no aumento das provas de que a satisfação dos utilizadores tem influência na efectividade dos serviços, sendo um factor importante na procura dos serviços e produzindo um efeito considerável no comportamento dos prestadores. Por outro lado, a evidência mostra que a satisfação dos utilizadores com os serviços de saúde prestados, tem revelado graus variados de acordo com as dimensões em estudo, uns mais aprofundados que outros.

Na urgência, os políticos, administradores e profissionais terão de estar conscientes que as expectativas e critérios do público não coincidem com os seus e não são informados científica e tecnicamente, mas são legítimos. Igualmente há que respeitar os estados de ansiedade e de emotividade exacerbada tão comuns e naturais em situações de real ou aparente urgência (Silva, 1988). De facto, já “passou o tempo em que o leigo (utente/doente) era o recipiente passivo para aquilo que o profissional escolhia para lhe dizer ou para lhe fazer” (Silva, 1988: 6). Para se implementarem programas de melhoria que visem um acréscimo eficiente da satisfação dos doentes nesta área é indispensável a compreensão dos aspectos das urgências ligados à satisfação.

O risco potencial de queixas de má prática é, de facto, elevado tendo em conta que um episódio de urgência comporta um conjunto de características importantes: carga emocional, impessoalidade e brevidade de atendimento. Hall e Press (1996) consideram, então, a satisfação dos doentes com os serviços de urgência como o elemento fulcral da gestão de saúde. Assim, torna-se fundamental compreender clara e correctamente os factores que mais influenciam a satisfação destes pacientes.

As dimensões mais importantes encontradas na investigação efectuada sobre a satisfação dos doentes com os serviços de urgência (Bursh, Beezy e Shaw, 1993; Hall e Press, 1996; Rodrigues, 2009) estão, geralmente, associadas com questões médicas, aspectos interpessoais, o pessoal de enfermagem, o tempo de espera, a comunicação/informação, a qualidade de cuidados e o pagamento. Hall e Press (1996) realizaram um estudo onde incluíram, como factores decisivos na influência da satisfação e na recomendação dos doentes a terceiros, os cinco primeiros factores anteriormente descritos.

Neste âmbito, e no tocante às questões médicas, foi possível aperceberem-se que o nível de satisfação e a probabilidade de recomendação do serviço a terceiros aumenta com a atenção e informação prestada pelos médicos assim como com o encorajamento ao diálogo e o criar de um sentimento de “ida justificada” aos serviços de urgência.

O pessoal de enfermagem (normalmente os primeiros e os últimos a ver os doentes) são os que apresentam o maior contacto com os utentes (Björvell e Stieg, 1991). Assim sendo, a informação por eles fornecida e a sua interacção com os doentes são pontos críticos na avaliação global apercebida dos cuidados. Os enfermeiros, tendo em conta o tempo dispendido com os doentes, acabam por conseguir, geralmente, estabelecer um melhor diálogo com os pacientes do que os médicos. Krishel e Baraff (1993) sugerem a importância relativa da interacção do enfermeiro versus médico, concluindo, em particular, que uma folha de papel impresso com informações não substitui a interacção pessoal e a informação trocada entre doentes e enfermeiros.

Os pacientes, avaliando o seu problema como grave ao ponto de decidirem deslocarem-se aos serviços de urgência, perspectivam um tempo de espera extremamente reduzido, empatia e explicações claras para os procedimentos antes e durante o tratamento (Hall e Press, 1996).

A variável tempo de espera (medida pela percepção dos doentes da adequação desse tempo de espera e não pelo tempo real) pode, no entanto, ser, como verificaram Bursch, Beezy e Shaw (1993) a variável mais importante na aferição de satisfação com os serviços de urgência por parte dos doentes. A informação sobre a possível duração do tempo de espera e as explicações sobre causas de atraso poderão, contudo, minorar a influência negativa da demora apercebida (Hall e Press, 1996).

A interacção com a equipa (cuidados interpessoais) poderá influenciar a avaliação que os utentes fazem dos cuidados (Rodrigues, 2009). O autor acredita na capacidade dos doentes de efectuarem a avaliação técnica (cuidados técnicos) dos cuidados prestados.

Independentemente do tipo de julgamento sobre as capacidades de avaliação técnica dos cuidados, Donabedian (1988) destaca os cuidados interpessoais como o meio através do qual os cuidados técnicos são implementados e do que depende o seu sucesso. Os doentes ficam mais atentos, mais condescendentes e menos preocupados quando existe uma boa empatia e informação prestada. Hall e Press (1996) concluíram, mesmo, que, num serviço com as características tão singulares como acontece com o serviço de urgência, os aspectos interpessoais e técnicos não podem ser separados.

Tendo em conta que os aspectos interpessoais são uma das componentes mais importantes da satisfação, a forma de comunicação/informação por parte do pessoal acaba por ser o principal elemento de percepção da qualidade (Pego, 1998). Poder-se-á, de facto, conseguir reduzir a ansiedade, assim como, a necessidade de culpabilizar outrem por maus resultados inevitáveis, por intermédio de uma atempada informação sobre os riscos/benefícios do tratamento e da utilização de maneiras carinhosas. E, como já supra referido, explicações de eventuais atrasos e informação do tempo de

demora poderão minorar a percepção de ineficiência dos serviços de urgência (Hall e Press, 1996).

Hall e Press (1996) apercebem-se no seu estudo que a satisfação dos utentes com a urgência hospitalar encontra-se relacionada com a percepção do tempo de espera e demora do tratamento (brevidade da estadia), assim como, com o pessoal médico e de enfermagem, nomeadamente com os aspectos interpessoais e de comunicação/informação (uma vez que os doentes são normalmente ignorantes sobre os protocolos e rituais de gestão do serviço). Segundo Franco e Florentim (2006) para entender a satisfação as suas dimensões devem ser interpretadas separadamente. Separar as dimensões da satisfação pode ser a única forma de compreender completamente as fontes da satisfação ou da insatisfação, e deste modo conseguir uma melhoria sustentada da qualidade.

O PNS 2011-2016, na sua 1ª versão considera as seguintes dimensões da satisfação: **1. aspectos interpessoais** (modo como os prestadores interagem com os utilizadores: respeito, preocupação, amizade, cortesia); **2. qualidade técnica do cuidado** (competência e adesão a critérios de diagnóstico e tratamento); **3. acessibilidade/conveniência** (tempo de espera, facilidade de acesso); **4. aspectos financeiros**; **5. eficácia/resultados dos cuidados** (melhoria e manutenção do estado de saúde); **6. continuidade de cuidados**; **7. ambiente físico** (sinalização, equipamentos, atmosfera); **8. disponibilidade** (recursos médicos/prestadores).

São muitos os aspectos considerados na produção de satisfação ou insatisfação, variando de estudo para estudo, sabendo-se que todas as dimensões são importantes, cabe a cada instituição ou serviço seleccionar alguns dos aspectos, tendo em conta os seus objectivos ou necessidades de informação.

#### 1.4. -O ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

Inerente à doença e conseqüente instabilidade, instala-se a necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, que induz a inúmeras alterações na vida da pessoa doente, tendo esta que lidar com vários estímulos tais como, a mudança de ambiente, alguma perda de identidade e a dificuldade em se ajustar a eventuais alterações físicas e/ou bioquímicas (Cardoso, 2002).

A saúde ao dar lugar à doença, e recorrendo às instituições de saúde, o indivíduo vê-se confrontado com ambientes estranhos, com pessoas desconhecidas e onde a família cede aos profissionais de saúde o cuidado e a responsabilidade das suas crianças e passando assim a, por períodos mais ou menos prolongados, depender de outrém.

Para Cardoso (2002), a permanência do doente no serviço de urgência e a sua atitude em relação aos profissionais de saúde, serão profundamente condicionadas pelo processo de acolhimento, pois as primeiras impressões são as que mais perduram, este momento pode ser facilitador da adaptação ao meio hospitalar, o qual consideram ser de extrema importância a diminuição de sentimentos gerados pela incerteza da sua situação aquando da entrada do cliente no hospital.

Numa deslocação aos serviços de urgência (normalmente para um atendimento breve), carregada de uma elevada carga emocional, os pacientes geralmente classificam como impessoal ou assustador o ambiente e a organização que encontram. Frequentemente, as salas de atendimento são apertadas e os princípios de triagem são, geralmente, desconhecidos pelos doentes e familiares, que consideram que a prioridade de cuidados deveria estar focada neles próprios (uma vez que assumem que a sua situação é, efectivamente, grave). É, no entanto, crescente o número de doentes que utiliza as Urgências Hospitalares em situações não agudas ou que deveriam ser tratadas no âmbito dos cuidados primários (Hall e Press, 1996).

A partir do atendimento ao cliente, é determinado a relação entre estes, os seus familiares e os profissionais de saúde. Há que atender ao indivíduo de



uma forma holística, devendo este ser encarado como Pessoa que é. Durante o atendimento Phaneuf (2005) considera que o enfermeiro deve adoptar estratégias e comportamentos, obedecer a um conjunto de orientações visando o objectivo da ajuda, revelando assim o prolongamento, a exteriorização do interesse e a atenção que demonstra ao cliente, dando-lhe assim um sentido mais profundo.

Os autores consultados enumeram então aspectos a ter em conta no processo do atendimento ao cliente: a aparência geral, o aspecto pessoal, a postura e as atitudes corporais, os gestos, o olhar, a expressão facial, o tom de voz, o toque, a empatia, a escuta do outro, a disponibilidade, o interesse pelos outros, o respeito, o respeito pelo pudor e o calor humano.

## **2. - O SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) é uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, funcionando como dispositivo articulador, na base de complementaridade, dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos, cabendo-lhe a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.

O SESARAM, E.P.E., com sede no Funchal, é uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa financeira e patrimonial, dos termos do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 300/2007, de 23 de Agosto. Rege-se pelo regime aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto Legislativo Regional nº 9/2003/M, 27 de Maio, alterado pelo Decreto Legislativo Regional nº23/2008/M, de 23 de Junho, dos seus estatutos aprovados por aquele diploma legal e dos seus regulamentos internos, bem como das normas em vigor para o Serviço de Saúde da RAM.

A história da criação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, SESARAM, E.P.E, remonta ao Século XX com o início da actividade hospitalar no Funchal. Primeiro com a construção do Hospital dos Marmeleiros na década de quarenta, e depois com o Hospital Cruz de Carvalho, na década de 70. Em 2003, os dois hospitais passaram a se designar por Hospital Central do Funchal. Este, juntamente com o Centro Regional de Saúde integrou o Serviço Regional de Saúde, EPE, criado pelo Decreto Legislativo Regional nº 9/2003/M de 27 de Maio. Após cinco anos, um novo diploma legislativo atribui nova denominação aquela entidade pública empresarial. Esta alteração teve como principal objectivo esbater a distinção conceptual e normativa, dado que o Serviço Regional de saúde, embora integrando no seu seio o Serviço Regional de saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., é uma realidade mais abrangente do

que este. Assim o Decreto Legislativo Regional N°23/2008/M, de 23 de Junho de 2008, aprova o regime e orgânica do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., abreviadamente designado por SESARAM, E.P.E.

O Hospital Cruz de Carvalho iniciou a sua actividade a 9 de Setembro de 1973. Uma inauguração que contou com a presença do Presidente da República, Almirante Américo de Deus Rodrigues Thomaz e a sua esposa, D. Gertrudes Ribeiro da Costa Rodrigues Thomaz. A partir daquela data o distrito do Funchal passou a dispor “de um dos melhores e mais bem equipados hospitais portugueses, e também dos melhores ao nível estrangeiro”, pode-se ler na imprensa regional publicada na altura. A inauguração do novo hospital correspondia, assim, à concretização de uma das mais velhas e prementes aspirações do povo madeirense. Implantado num terreno com a área aproximada de 30 mil metros quadrados, em zona citadina de fácil acesso, a concretização desta obra foi um dos maiores acontecimentos regionais e nacionais naquele ano. A capacidade total, na altura, era de 526 camas.

Esta unidade hospitalar destinava-se a servir a população da Região, cerca de 250 mil pessoas. Localizado na zona poente da cidade do Funchal, o Hospital Cruz de Carvalho sofreu algumas modificações nos últimos anos.

Até ao início do Século XXI, o Hospital Cruz de Carvalho e o Hospital dos Marmeleiros constituíram o Centro Hospitalar do Funchal. Só a partir de Maio de 2003, estas unidades hospitalares passaram a designar-se por Hospital Central do Funchal e integraram o Serviço Regional de Saúde, EPE, criado pelo Decreto Legislativo Regional n° 9/2003/M de 27 de Maio.

Actualmente, dispõe de 752 camas e assegura a assistência médica em todas as especialidades médicas e cirúrgicas a uma população residente de 245.800 habitantes (INE, Dezembro de 2006) à qual se acrescem os milhares de turistas que, anualmente, visitam esta Região Autónoma.

Em 2002, o Hospital Central do Funchal iniciou um processo de acreditação de qualidade com o *Kings Fund*, entidade certificadora entretanto

substituída pela HQS (*The Health Quality Service*), sendo-lhe atribuída a certificação provisória em Outubro de 2005 e definitiva em Outubro de 2008.

## 2.1. - SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DR.NÉLIO MENDONÇA: RESPONSABILIDADES

O serviço de pediatria tem à sua responsabilidade a promoção da saúde e a prestação de cuidados diferenciados na área pediátrica na RAM, quer recorrendo aos seus próprios meios humanos e técnicos, quer solicitando apoio a outros prestadores de cuidados, regionais, nacionais ou internacionais quer, ainda, integrando equipas multidisciplinares que trabalhem para o mesmo fim. Com excepção de cuidados a nível de Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia que funcionam integrados nos respectivos serviços para adultos, o Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça é a única estrutura pública a prestar cuidados diferenciados na área da Pediatria.

Através das suas várias valências, ele constitui o local de recurso para onde afluem as crianças e adolescentes, sempre que não encontrem resposta a nível dos cuidados primários de saúde, quando surjam situações de urgência nas localidades desprovidas de atendimento permanente ou quando se verifique a necessidade de cuidados mais diferenciados.

Ainda que, de acordo com a legislação vigente, a idade pediátrica se estenda até ao grupo etário aos 17 anos e 364 dias, neste momento, o serviço de pediatria, no internamento e serviço de urgência, só presta assistência a crianças e adolescentes até aos 15 anos de idade. Na consulta externa este limite é frequentemente ultrapassado, sobretudo nas situações de doença crónica, cujos doentes são seguidos até ao final da adolescência, prolongando-se, nalguns casos, pelos primeiros anos da idade adulta.

Ainda que apenas as unidades de desenvolvimento da criança, de neonatologia, de cirurgia pediátrica e neurologia pediátrica, sejam as únicas

unidades funcionais do serviço de pediatria reconhecidas pela estrutura de gestão hospitalar, tem sido prática da direcção do serviço de pediatria desde há vários anos, considerá-lo dividido em várias unidades funcionais, onde se inclui, para além das já referidas, a pediatria geral, a hemato-oncologia, a urgência pediátrica, a imunoalergologia infantil e a consulta externa.

## 2.2. - SERVIÇO DE URGÊNCIA

A prestação de cuidados individualizados de urgência e emergência às crianças, por pediatras inicia-se 1988. Antes desta data, quando este grupo etário necessitava de cuidados médicos urgentes, recorriam à urgência geral do hospital onde eram observados pelos médicos de serviço que só chamavam o pediatra de serviço, na altura, um por cada período de 24 horas, em situações de dúvida ou de patologia tida como de maior gravidade. A partir de 1988, o atendimento pediátrico de urgência, ainda que continuando integrado na urgência geral passa a funcionar como uma unidade individualizada, com pediatras e/ou internos da especialidade.

Inicialmente com instalações exíguas, mas dispendo de uma sala de espera, dois gabinetes de atendimento e de uma sala de observação, que também servia de entrada para doentes traumatizados e com necessidades de cuidados emergentes, em Outubro de 2004, a urgência pediátrica muda para outro espaço físico, com melhores condições. Este novo espaço, integrado e situado no mesmo piso que o da urgência geral, mas com alguma individualização, em termos de instalações e acesso e onde hoje continua a ter lugar a prestação de cuidados pediátricos de urgência, engloba: um gabinete de triagem, dois gabinetes de atendimento, uma estrutura de internamento de curta duração (UICD) com três camas, uma sala de isolamento; duas salas de tratamentos (uma para aerossolterapia e hidratação oral, e outra para colheita de produtos biológicos para análise, realização de imobilizações/pensos), um gabinete de enfermagem, uma sala de espera e instalações sanitárias. Conta ainda com o apoio das estruturas comuns à urgência geral, como sejam a Sala de

Reanimação (directos), Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Ortopedia, Gabinete de Radiologia e Laboratório, isto para além dos serviços administrativos.

Tal como aconteceu na urgência geral, no dia 1 de Julho de 2005, foi implementado na urgência pediátrica o sistema de Triagem de Manchester.

A prestação de cuidados médicos na área pediátrica de urgência é feita pelos médicos do Serviço de Pediatria, escalados para o efeito, pese o facto de, para colmatar algumas carências tenha havido desde há alguns anos e ainda se sinta a necessidade de recorrer a médicos de fora da estrutura hospitalar, uns da área de Medicina Geral e Familiar e outros da área pediátrica. A prestação de cuidados de enfermagem é feita por enfermeiros com especialidade em pediatria, na sua maioria.

A acessibilidade à área pediátrica da urgência faz-se, mediante inscrição na secretaria, após o que o utente é orientado para o gabinete de triagem pediátrica, onde um enfermeiro, com recurso ao sistema de triagem de Manchester, define o grau de gravidade da doença e respectivo encaminhamento.

Até 2008 a urgência pediátrica assegurava o atendimento a crianças com idade até aos 12 anos e 364 dias. Em 2009, coincidindo com a implementação de um novo regulamento interno do SESARAM esse limite a ampliado em mais um ano, passando para os 13 anos e 364 dias e, no dia 1 de Maio de 2010 para os 14 anos e 364 dias.

Prevê-se, contudo, que ainda no decurso de 2012, sequência de obras de adaptação do espaço físico, esse limite possa ser fixado nos 15 anos e 365 dias. O avanço até aos 17 anos e 364 dias pressupõe, contudo, adaptações infra-estruturais importantes nas actuais instalações da urgência, sem as quais é impossível garantir as condições mínimas para observação deste grupo etário. Para além disso haverá que assegurar, na medida do possível, que toda a prestação de cuidados médico-cirúrgicos continue a ser feita por técnicos com formação pediátrica e que o seu encaminhamento, em caso de internamento, seja feito para instalações preparadas para receber este grupo etário.

A urgência pediátrica tornou-se um serviço independente da urgência geral em Outubro de 2011.

### **3. – MÉTODOS**

Após elaborar uma revisão teórica contextualizadora da problemática em estudo, é fundamental descrever o percurso da investigação, bem como a análise e interpretação dos dados colhidos. Assim, este capítulo corresponde à fase metodológica em que se descreve o modo como a investigação se desenvolveu bem como as actividades conducentes à realização da mesma.

#### **3.1. – AMOSTRA**

A amostra deste estudo é os acompanhantes das crianças utentes da urgência pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal. A entrega dos questionários decorreu nos meses de Maio e Junho de 2011. Foram entregues 2000 questionários. O primeiro questionário foi recebido a 16 de Maio e aguardou-se até 16 de Setembro, visto que o pico da recepção dos mesmos só se deu a partir da 10ª semana. Participaram 243 indivíduos (12% dos questionários entregues), o que é já uma taxa de resposta boa para os casos de inquéritos postais (Ghiglione e Matalon, 1992).

Como método de amostragem neste estudo optou-se pela amostra acidental ou de conveniência pois os sujeitos são facilmente acessíveis e respondem aos critérios de inclusão precisos, ou seja, permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo. Como se recorreu a um método de amostragem não-causal (amostragem por conveniência) por ser rápido e fácil, tem-se a limitação de que os resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo (Hill e Hill, 2005).

O processo de recolha de dados compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase foi elaborado um pedido formal de autorização para a realização deste estudo ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM, EPE, acompanhado do projecto do mesmo, assim como a solicitação da aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da mesma instituição.



O questionário foi precedido por uma nota introdutória, com uma informação clara e precisa, numa linguagem simples e acessível, onde se explicava os objectivos do trabalho e as condições de anonimato e confidencialidade na utilização das respostas obtidas, assim como o tempo que se estimava ser dispensado para o preenchimento do mesmo. Numa segunda fase foi solicitada a participação dos pais ou pessoa significativa para o preenchimento do questionário, salvaguardando todas as questões éticas inerentes aos participantes no estudo. Considero vantajoso o facto de eu pertencer a instituição, pois facilitou a minha aceitação com investigadora e a criação de laços de confiança.

Todos os questionários foram entregues em mão a uma amostra proporcional de acordo com a média de atendimento diário, sendo as respostas devolvidas anonimamente em envelope RSF para o CEISUC. Cada envelope enviado conteve, para além do questionário e do envelope RSF, um documento informativo ao participante sobre as questões éticas onde constava:

1. Identificação e contacto do investigador
2. Âmbito do estudo
3. Objectivos
4. Selecção dos participantes
5. Vantagens presentes e/ou futuras para o participante e para a comunidade
6. Tempo despendido
7. Riscos
8. Garantia de confidencialidade e anonimato
9. Tratamento, armazenagem e destruição dos dados
10. Divulgação dos resultados
11. Direito e recusa e respeito pela mesma

### 3.2. – DESENHO DE ESTUDO

Pretendo com o presente estudo aferir a satisfação dos acompanhantes das crianças utentes da urgência pediátrica. A minha experiência e vivência como enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria levaram-me a interiorizar

preocupações que me fazem questionar se os acompanhantes dos meus utentes estão satisfeitos com os cuidados prestados neste serviço, desde o acolhimento até à alta. Daí a questão de investigação: **“Qual é a opinião dos acompanhantes das crianças utentes da urgência pediátrica?”**

Tendo em conta o enquadramento teórico iremos de seguida formular algumas conjecturas relativamente aos resultados esperados, ao nível do comportamento de algumas variáveis do questionário em estudo, tendo em conta a amostra global disponível. A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação dos resultados esperados de um estudo. Assim numa tentativa de dar resposta à problemática em estudo formulamos as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** A avaliação do tempo de espera está relacionada com o tempo total que esteve nas urgências.

**Hipótese 2:** A avaliação do tempo de espera está relacionada com o tempo previsto de espera.

**Hipótese 3:** O tempo efectivo de espera está relacionado com o tempo previsto de espera.

**Hipótese 4:** A avaliação do tempo de espera tem impacto na satisfação global.

**Hipótese 5:** O tempo total de espera está relacionado com os dados sociodemográficos.

- O tempo total de espera não depende do género da criança.
- O tempo total de espera não varia com a idade da criança.
- O tempo total de espera não depende da situação familiar dos acompanhantes.
- O tempo total de espera total não é influenciado pelas habilitações literárias dos acompanhantes.

- O tempo de espera total não é influenciado pela situação perante o trabalho dos acompanhantes.
- O tempo total de espera não depende do grau de parentesco dos acompanhantes para com a criança.

**Hipótese 6:** A recomendação está relacionada com a satisfação global.

**Hipótese 7:** A satisfação global está relacionada com os dados sociodemográficos.

- A satisfação global não depende do género da criança.
- A satisfação global não varia com a idade da criança.
- A satisfação global não depende da situação familiar dos acompanhantes.
- A satisfação global não é influenciada pelas habilitações literárias dos acompanhantes.
- A satisfação global não é influenciada pela situação perante o trabalho dos acompanhantes.
- A satisfação global não depende do grau de parentesco dos acompanhantes para com a criança.

**Hipótese 8:** O tempo de espera está relacionado com os sentimentos da criança enquanto espera.

- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está a sofrer.
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está muito incomodada
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está com frio.
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está esquecida.

**Hipótese 9:** A satisfação com as informações recebidas está relacionada com o tempo total de espera.

**Hipótese 10:** A satisfação com as instalações não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.

- A satisfação com as infra estruturas não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.
- A satisfação com os equipamentos de apoio não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.

**Hipótese 11:** A idade da criança está relacionada com a satisfação com as instalações.

- A idade da criança está relacionada com a satisfação com as infra estruturas.
- A idade da criança está relacionada com a satisfação com os equipamentos de apoio.

**Hipótese 12:** A idade da criança está relacionada com a satisfação global.

### 3.3. – PROCEDIMENTOS

#### 3.3.1. – Instrumento de colheita de dados

O CEISUC levou a cabo a realização de um inquérito aos acompanhantes das crianças utentes da urgência pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, com base no questionário IAQH – UP.

O questionário IAQH – UP procura aferir a opinião dos acompanhantes sobre a qualidade dos serviços da urgência hospitalar pediátrica adoptando uma lógica inicial de construção relacionada com o percurso dos acompanhantes das crianças utentes neste serviço: antes da chegada ao Serviço de Urgência; no Serviço de Urgência antes de ter sido observado/a; observação médica; alta do

Serviço de Urgência; e satisfação (final) com o Serviço de Urgência. A estas subdivisões acrescentaram-se, ainda, um grupo para averiguar o conhecimento que os pacientes dispõem do seu centro de saúde, um conjunto de factores sociodemográficos e uma secção de perguntas abertas para os pacientes poderem incluir alguns comentários.

Este questionário, baseado em trabalhos realizados nos E.U.A., foi o primeiro instrumento culturalmente validado e adaptado para Portugal. Sendo já amplamente utilizado, tem na sua constituição questões nucleares para a avaliação da satisfação com os cuidados hospitalares, retirando-se das restantes questões informações que permitem caracterizar a amostra, conhecer algumas circunstâncias e testar a validade das questões nucleares, como o aspecto comportamental, a qualidade dos cuidados e a satisfação. Contém ainda, questões comportamentais importantes, como a intenção de voltar (Ferreira e Raposo, 1999). Este questionário, em Portugal, passou por várias versões desde 1997 sendo a última (a versão 4), datada de 2003 e com 52 perguntas (45 fechadas e 7 abertas). As questões incluídas distribuem-se nas secções supra indicadas da seguinte forma:

**i. Antes da chegada ao Serviço de Urgência (perguntas 1 a 9)**

Nesta secção é inquirido o motivo da ida dos pacientes às Urgências (P1); o tempo de doença/lesão anterior à sua deslocação às Urgências (P2); se consultaram alguém dos Serviços de Saúde previamente (P3) e, em caso afirmativo, se foram aconselhados a deslocarem-se às Urgências (P4); as expectativas/razões da sua deslocação (P5); se foram acompanhados às Urgências (P6); o internamento num hospital nos últimos 3 meses (P7); a deslocação, como pacientes, às Urgências nos últimos 3 meses (P8) e, por fim, o meio de transporte utilizado aquando da última ida ao Serviço de Urgência (P9).

**ii. No Serviço de Urgência antes de ter sido observado (perguntas 10 a 18)**

Questiona-se a rapidez até à observação/tratamento por um médico/enfermeiro (P10); a percepção que tiveram do tempo de espera expectável até serem vistos

por um médico (P11) e o tempo, efectivamente, esperado (P12); o local onde estiveram, maioritariamente, à espera (P13); como avaliam o tempo de espera (P14) e se existia informação genérica sobre eventuais demoras (P15) e, em particular, nos casos de terem considerado esse período pré-atendimento como excessivo (P16); o movimento das Urgências aquando da sua permanência no local (P17) e como se sentiu física e psicologicamente enquanto aguardava pelo médico (P18).

### **iii. Observação médica (perguntas 19 e 20)**

Nesta secção é solicitado o parecer dos pacientes relativamente a alguns aspectos da observação médica efectuada (P19) e procura-se averiguar se sabem o nome do médico que os examinou/tratou (P20).

### **iv. Alta do Serviço de Urgência (perguntas 21 a 28)**

Perguntam-se os resultados da ida dos pacientes às Urgências (P21); o diagnóstico transmitido pelo médico (P22); o tempo total de permanência no Serviço de Urgência (P23); o sentimento de recuperação da lesão/doença que esteve na origem da sua ida às Urgências (P24); se foi fornecida orientação para o pós-urgência (P25) e, em particular, para o caso de voltar a acontecer o mesmo que os levou às Urgências (P27); se os pacientes obtiveram informação sobre o facto de terem procedido de forma correcta/incorrecta ao se deslocarem ao Serviço de Urgência (P26) e em como reclamar, caso necessitassem (P28).

### **v. Satisfação com o Serviço de Urgência (perguntas 29 a 32)**

Pede-se aos pacientes que avaliem os cuidados prestados (P29) e as condições das instalações nas Urgências (P30) utilizando uma escala de Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a “muito satisfeito”, 2 a “satisfeito”, 3 a “não sei”, 4 a “insatisfeito” e 5 a “muito insatisfeito”; e que se pronunciem sobre a sua recomendação do Serviço de Urgência, onde se deslocaram, a familiares/amigos (P31) assim como relativamente à garantia de confidencialidade dos seus dados clínicos (P32).

#### **vi. O seu Centro de Saúde (perguntas 33 a 38)**

Esta secção é totalmente dedicada ao Centro de Saúde dos pacientes, sendo inquirido o conhecimento que estes dispõem relativamente à sua localização (P33); ao horário de funcionamento (P34); ao atendimento (ou não) de situações de urgência (P35); e a quando o Centro de Saúde deve ser o local onde se devem dirigir em primeiro lugar (P37). Pergunta-se, ainda, quantas vezes os pacientes foram ao seu Centro de Saúde no último ano (P36).

#### **vii. Comentários (pergunta 38)**

Os pacientes são encorajados a incluir alguns comentários adicionais, de forma livre (perguntas abertas), sobre a sua última ida às Urgências relativamente ao que os deixou particularmente satisfeitos; ao que não gostaram; e a mudanças que proponham.

#### **viii. Dados sócio-demográficos (perguntas 39 a 45)**

Para efeitos estatísticos, pergunta-se aos pacientes o local de residência (P39); o género (P40); a idade (P41); a sua situação familiar (P42); a sua situação perante o trabalho (P43); e as suas habilitações literárias (P44) e por fim o grau de relação com a criança (45).

Quanto ao modelo conceptual o IAQH utilizado neste estudo engloba dados sociodemográficos (sexo, idade, situação perante o trabalho, grau de ensino completado, local de residência), indicadores de satisfação, indicadores da qualidade hospitalar e comentários através de perguntas abertas.

### **3.3.2. – Procedimentos Estatísticos**

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com “algo” que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Este “algo” designa-se por “variável”. Assim, o objecto do estudo estatístico é as variáveis e a informação que estas podem fornecer. Esta informação é dependente do modo como as variáveis em estudo foram medidas e

da qualidade dessa medição, isto é da proporção do erro experimental de medida e da quantidade de informação que a escala de medida pode fornecer (Maroco, 2003).

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, torna-se necessário proceder à respectiva apresentação e análise dos mesmos, a fim de se poderem extrair algumas ilações. Neste âmbito, o método estatístico apresenta-se como o método mais adequado, pelo que será utilizada a estatística descritiva para uma melhor compreensão dos dados (através do apuramento e apresentação dos dados em quadros e figuras) e a estatística inferencial com o intuito de analisar as relações que poderão existir entre as diferentes variáveis em questão.

Relativamente à estatística descritiva, utilizar-se-ão frequências absolutas e medidas descritivas básicas: médias e desvios padrão. Na estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos, ( $N > 30$ , nas amostras de dimensão superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal) (Maroco, 2003). Desta forma a distribuição assumida será normal e a variância assumida será homogénea.

Os dados obtidos com a aplicação deste instrumento foram depois submetidos a uma análise estatística através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0 de 2011. Na base de dados os *missings* encontrados são fruto de falta de dados e das não respostas.

Ao longo do estudo recorreremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de tendência central: média aritmética, mediana e moda;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: valor mínimo, valor máximo e desvio padrão;
- Teste do Qui-quadrado;
- Teste *One-Way* Anova.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2003) e Pestana e Gageiro (2000).



A teoria da decisão através dos testes de hipóteses é uma das formas de inferir sobre o parâmetro da população associando a este processo um determinado nível de significância (Maroco, 2003). O teste de hipóteses tem como objectivo refutar (ou não) uma determinada hipótese acerca de um ou mais parâmetros da população a partir de uma ou mais estimativas obtidas nas amostras (*idem*).

As variáveis qualitativas são analisadas em tabelas de contingência, cruzando variáveis pertencentes ao mesmo conceito, de modo a perceber as características mais importantes que o compõem, ou cruzando variáveis pertencentes a conceitos diferentes, de forma a verificar a existência de relações de dependência, que podem ou não ser relações de causalidade. A relação causal que possa existir entre duas variáveis é sempre fundamentada pela teoria, em que a causa precede sempre o efeito (Pestana e Gageiro, 2000). Sendo a amostra aleatória inferem-se os resultados para o universo utilizando testes estatísticos nomeadamente o Qui-Quadrado. Havendo relação de dependência entre duas variáveis, avalia-se o grau de associação existente. As medidas para as variáveis nominais foram baseadas no teste referido anteriormente. Para variáveis quantitativas analisa-se a correlação através do R de *Pearson*.

Considera-se  $\alpha=0,05$  ou 5% como nível de significância adoptado. Ao menor valor de  $\alpha$  a partir do qual se rejeita  $H_0$  chama-se probabilidade de significância (*p-value*) (Maroco, 2003). Este valor representa uma medida complementar do grau de “certeza” a partir do qual assumimos como real (representativo da população) o resultado (ou estatística) obtido no nosso estudo. A probabilidade de significância dá assim a probabilidade de obter o valor observado para a estatística de teste se a  $H_0$  for verdadeira. Se essa probabilidade for baixa é porque a  $H_0$  não deve ser verdadeira, e portanto deve ser rejeitada. Isto é, quanto maior o valor *p-value*, maior é a probabilidade de erro associada à assunção de que o resultado suposto na  $H_0$  não é representativo da população teórica. Assim, para cada teste de hipóteses, os programas estatísticos calculam um valor *p-value* a partir do qual é “seguro” rejeitar a  $H_0$ . Para um determinado nível de significância ( $\alpha$ ) a regra geral é rejeitar  $H_0$  se  $p\text{-value} \leq \alpha$ . A rejeição ou não rejeição de  $H_0$  tem sempre associada um determinado “risco” ou

erro. A rejeição de  $H_0$  se  $H_0$  é verdadeira conduz ao chamado erro de tipo I e probabilidade deste tipo de erro é dada por  $\alpha \times 100\%$ . A não rejeição de  $H_0$  quando  $H_1$  é verdadeira conduz ao erro do tipo II e probabilidade deste tipo de erro é dada por  $\beta \times 100\%$ . A probabilidade de rejeitar  $H_0$  se  $H_0$  é falsa é dada por  $1 - \beta$  e designa-se por potência de teste. A potência do teste traduz assim a probabilidade de rejeitar, correctamente, a  $H_0$  (Maroco, 2003).

Quando as variáveis de nível nominal são do mesmo conceito ao serem cruzadas entre si melhora-se a compreensão da importância atribuída a cada uma delas pelos inquiridos.

O teste do qui-quadrado estuda a relação entre duas variáveis nominais, por si sós ou divididas pelas categorias de terceiras variáveis qualitativas de controlo, introduzidas em *layer*. Pode ser também aplicado no estudo entre uma variável ordinal e uma nominal que tenha mais de duas categorias (Pestana e Gageiro, 2000). Serve para testar se duas ou mais amostras (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (Maroco, 2003).

A comparação de parâmetros populacionais a partir de amostras aleatórias é uma das necessidades mais frequentes em análise estatística (Maroco, 2003). Este tipo de inferência é útil para testar a significância de factores que são capazes de influenciar a resposta da variável de medida. Os testes paramétricos exigem que a forma da distribuição amostral seja conhecida e de um modo geral a potência destes testes é superior à dos não paramétricos (*idem*), ou seja, a probabilidade de rejeitar correctamente  $H_0$  é maior num teste paramétrico do que num teste não paramétrico.

A análise de variância estuda o efeito de uma ou mais variáveis qualitativas (factores) numa variável dependente quantitativa (univariada) ou num conjunto de variáveis dependentes quantitativas (multivariada). A variável independente de natureza qualitativa (nominal ou ordinal) designa-se por factor, enquanto que a variável independente de natureza quantitativa correlacionada com a variável dependente se designa por concomitante (*covariate*).

A análise de variância a um factor (*One-Way Anova*) permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa (factor), numa variável dependente ou de resposta, cuja natureza é quantitativa. Estes tipo de testes podem ser usados para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis.

O teste *One-Way Anova* a um factor ordinal estuda o efeito desse factor numa variável dependente quantitativa através do teste F e do estudo da tendência. O teste *One-Way Anova* a um factor nominal estuda o efeito desse factor numa variável dependente quantitativa através do teste F, das comparações post-hoc e das comparações planeadas (*idem*).

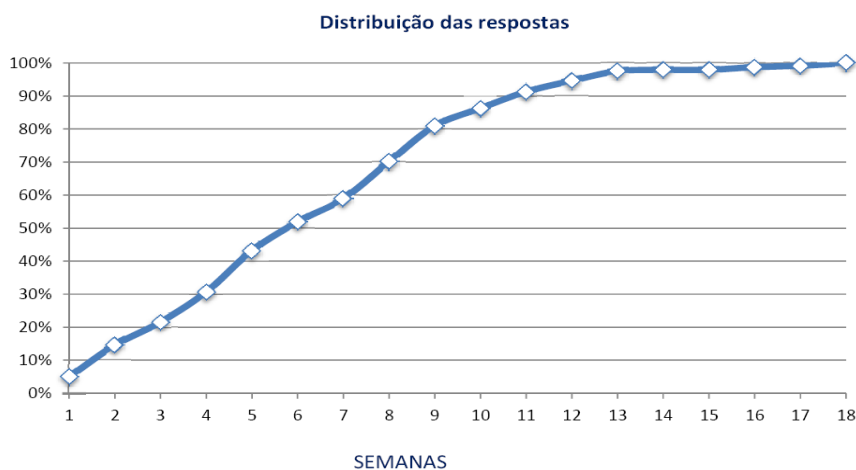
A aplicação do teste F da *One-Way ANOVA* pressupõe três condições que são necessárias verificar para a sua aplicação: as observações dentro de cada grupo terem distribuição normal; as observações serem independentes; e as variâncias de cada grupo serem iguais entre si, ou seja, existir homocedasticidade (Pestana e Gageiro, 2003). No entanto a normalidade não é restritiva para a aplicação da *One-Way Anova* quando o número dos elementos em cada grupo é relativamente elevado (*idem*).

## 4. – RESULTADOS

### 4.1. - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A agregação dos dados recolhidos nos vários questionários utilizando o IAQH-UP conduziu a uma amostra total com 243 respostas, dos 2000 questionários entregues, representando uma taxa de resposta de 12%.

**Figura 1: Distribuição das Respostas no Tempo**



São apresentados em seguida os resultados obtidos, optando-se por iniciar esta descrição pelos dados que caracterizam a amostra em estudo de modo a facilitar a compreensão dos restantes resultados.

Os dados sociodemográficos serão apresentados nas tabelas seguintes.

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos referentes às crianças

|                                 |           | <b>N</b> | <b>Percentagem</b> |
|---------------------------------|-----------|----------|--------------------|
| <b>Variável</b>                 |           | 243      | 100                |
| <b>Sexo da Criança</b>          | Masculino | 115      | 51,1               |
|                                 | Feminino  | 110      | 48,9               |
| <b>Idade da Criança em Anos</b> | 0         | 17       | 8,4                |
|                                 | 1         | 17       | 8,4                |
|                                 | 2         | 24       | 11,8               |
|                                 | 3         | 21       | 10,3               |
|                                 | 4         | 21       | 10,3               |
|                                 | 5         | 25       | 12,3               |
|                                 | 6         | 21       | 10,3               |
|                                 | 7         | 10       | 4,9                |
|                                 | 8         | 11       | 5,4                |
|                                 | 9         | 8        | 3,9                |
|                                 | 10        | 7        | 3,4                |
|                                 | 11        | 10       | 4,9                |
|                                 | 12        | 4        | 2,0                |
|                                 | 13        | 3        | 1,5                |
|                                 | 14        | 4        | 2,0                |

A distribuição por género das 243 crianças utentes da urgência pediátrica é de 48,9% do sexo feminino e de 51,1% do sexo masculino, com 18 não respostas.

As crianças têm idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, apresentando uma média de 4,6 anos e um desvio padrão de 3,6.

A maioria das crianças encontra-se na faixa etária dos 1 aos 2 anos (25%) e o grupo com menor representação é o dos indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos (3%).

**Tabela 2:** Dados sociodemográficos referentes aos acompanhantes das crianças

|                                      |                                 | <b>N</b> | <b>Percentagem</b> |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------|--------------------|
| <b>Variável</b>                      |                                 | 243      | 100                |
| <b>Situação Familiar</b>             | Casado                          | 149      | 65,4               |
|                                      | União de Facto                  | 29       | 12,1               |
|                                      | Solteiro                        | 27       | 11,8               |
|                                      | Viúvo                           | 4        | 11,8               |
|                                      | Divorciado                      | 15       | 6,6                |
|                                      | Separado                        | 4        | 1,8                |
| <b>Grau de relação com a criança</b> | Mãe                             | 186      | 82,7               |
|                                      | Pai                             | 29       | 12,9               |
|                                      | Avô/avó                         | 3        | 1,3                |
|                                      | Tio/tia                         | 3        | 1,3                |
|                                      | Outro                           | 4        | 1,8                |
| <b>Situação perante o trabalho</b>   | Trabalhador por conta própria   | 16       | 7,2                |
|                                      | Trabalhador por conta de outrem | 159      | 71,6               |
|                                      | Inactivo/Não trabalha           | 47       | 21,2               |
| <b>Grau de Ensino</b>                | Não sabe ler e escrever         | 1        | 0,4                |
|                                      | Só sabe ler e escrever          | 3        | 1,3                |
|                                      | 1º Ciclo do Ensino Básico       | 8        | 3,5                |
|                                      | 2º Ciclo do Ensino Básico       | 23       | 10,1               |
|                                      | 3º Ciclo do Ensino              | 31       | 13,6               |

|  |                   |    |      |
|--|-------------------|----|------|
|  | Básico            |    |      |
|  | Ensino Secundário | 29 | 12,7 |
|  | Ensino Médio      | 50 | 21,9 |
|  | Ensino Superior   | 83 | 36,4 |

Relativamente aos acompanhantes da criança ao Serviço de Urgência nota-se que a esmagadora maioria são as mães que as acompanham (83%), sendo que apenas 13% dos pais levam os seus filhos a este serviço. Os restantes 4% referem-se aos avós, tios e outros graus de parentesco, com 18 não respostas.

Quanto à situação familiar a esmagadora maioria dos respondentes encontra-se casados (78%), enquanto que 12% são solteiros, 2% são viúvos, 7% são divorciados e 2% são indivíduos que estão separados, com 15 não respostas. No tocante às habilitações literárias, 36% dos indivíduos dispõem de habilitações superiores, 22% de ensino médio e 13% de ensino secundário. Cerca de 28% frequentou o ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos) e só 1 dos respondentes não dispõe de qualquer tipo de formação.

Relativamente à sua situação perante o trabalho, 25% dos respondentes não se encontram a trabalhar. Os inquiridos profissionalmente activos são, maioritariamente, trabalhadores por conta de outrem (68% da totalidade dos sujeitos questionados).

Dos sujeitos que não se encontram a trabalhar, 2% são reformados/aposentados, 76% estão desempregados, 10% são estudantes, 12% vivem de rendimentos, não havendo pensionistas.

A amostra global recolhida é, desta forma, composta por um grupo bastante homogéneo de indivíduos em que predominam os sujeitos do sexo feminino, maioritariamente mães das crianças, casados, com habilitações literárias médias e altas e empregadas por conta própria mas a sua maioria por conta de outrem.

#### 4.2.– SATISFAÇÃO

Os resultados encontrados pela análise descritiva da amostra, relativamente ao processo de deslocação ao serviço de urgência hospitalar e o conhecimento que dispõem sobre o centro de saúde por parte dos inquiridos, encontram-se discriminados de seguida.

Em termos do procedimento prévio à deslocação dos utentes ao serviço de urgência, 61,1% dos indivíduos recorrem a este serviço hospitalar por iniciativa própria e apenas 21,8% consultam alguém dos serviços de saúde antes de se dirigirem às Urgências Hospitalares, com 9 não respostas.

**Tabela 3:** Procedimentos antes da deslocação às Urgências

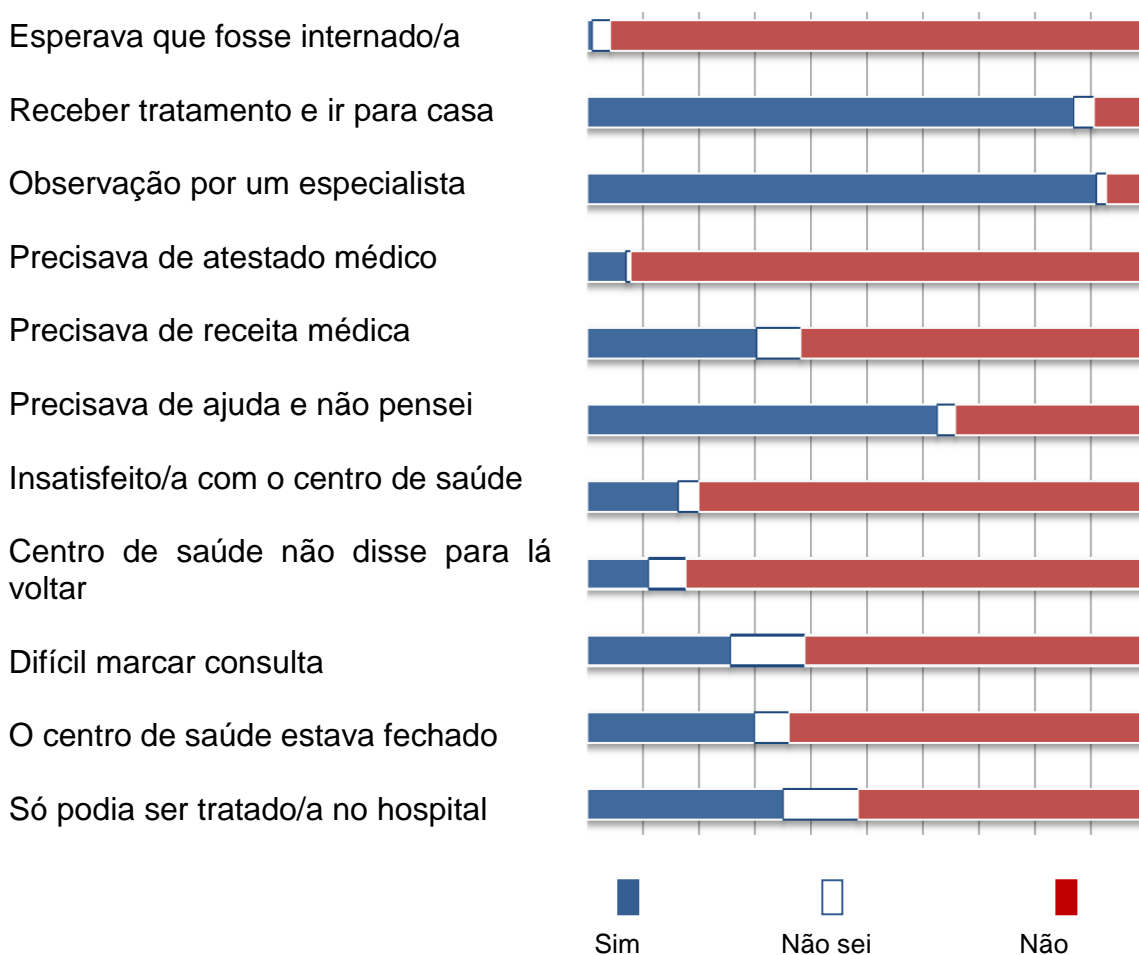
| <b>Procedimentos</b>                      | <b>N</b>   | <b>Percentagem</b> |
|---|------------|--------------------|
| Telefonou a um Centro de Saúde            | 8          | 3,4                |
| Foi a um Centro de Saúde                  | 23         | 9,8                |
| Telefonou para as Urgências               | 2          | 0,9                |
| Telefonou a um Médico ou Técnico de Saúde | 18         | 7,7                |
| Foi a uma Farmácia                        | 16         | 6,8                |
| Outro dos Serviços de Saúde               | 13         | 5,6                |
| Iniciativa própria                        | 143        | 61,1               |
| Outro fora dos Serviços de Saúde          | 11         | 4,7                |
| <b>Total</b>                              | <b>234</b> | <b>100,00</b>      |

Das várias alíneas que procuram identificar as razões que levaram os sujeitos às urgências hospitalares optou-se por analisar quatro: a expectativa de



serem internados, a expectativa de receberem tratamento e irem para casa, a necessidade de um atestado médico e a necessidade de uma receita médica. Ao serem questionados sobre as causas subjacentes à sua deslocação às Urgências, apenas 0,9% dos indivíduos (2) tinham a expectativa de que as crianças ficassem internadas. 86,9% dos inquiridos (192) esperavam que a criança recebesse tratamento e depois fossem para casa, enquanto que 6,9% (15) e 30,2% (65), respectivamente, procuravam apenas um atestado ou uma receita.

**Figura 2:** Algumas razões subjacentes à ida ao Serviço de Urgência Hospitalar



Quanto ao tempo de espera para observação, 72,6% dos respondentes (170) consideraram-no aceitável ou não tiveram, sequer, de esperar (4,7%). Dos indivíduos que consideraram o tempo de espera inaceitável (22,7%), 7,7% consideraram-no muito longo.

**Tabela 4:** O que os indivíduos acharam do tempo que tiveram de estar à espera

| <b>Espera para observação</b> | <b>N</b>   | <b>Percentagem</b> |
|-------------------------------|------------|--------------------|
| Não teve de esperar           | 11         | 4,7                |
| Aceitável                     | 170        | 72,6               |
| Longo                         | 35         | 15                 |
| Muito Longo                   | 18         | 7,7                |
| <b>Total</b>                  | <b>234</b> | <b>100,00</b>      |

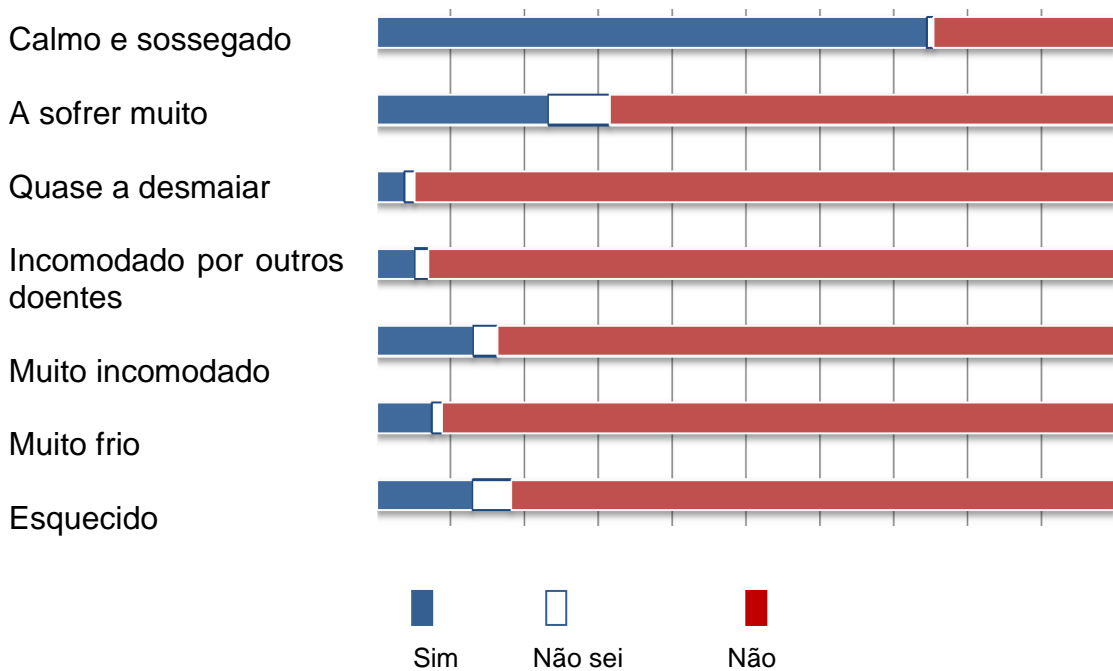
Dos inquiridos, apenas 9,5% obtiveram alguma informação sobre as possíveis demoras no atendimento. Dos 90,4%, que não tiveram qualquer explicação sobre o tempo de espera, 61,5% não tiveram de esperar, 13,1% acabaram por compreender por si próprios a razão da espera, enquanto que cerca de 15,8% gostariam que, de facto, lhes fosse dada informação.

**Tabela 5:** Foi dada explicação para a demora no atendimento

| <b>Explicação para o tempo de espera</b> | <b>N</b>   | <b>Percentagem</b> |
|--|------------|--------------------|
| Sim                                      | 21         | 9,5                |
| Não, mas gostaria                        | 35         | 15,8               |
| Não, mas compreendeu                     | 29         | 13,1               |
| Não teve de esperar                      | 136        | 61,5               |
| <b>Total</b>                             | <b>221</b> | <b>100,00</b>      |

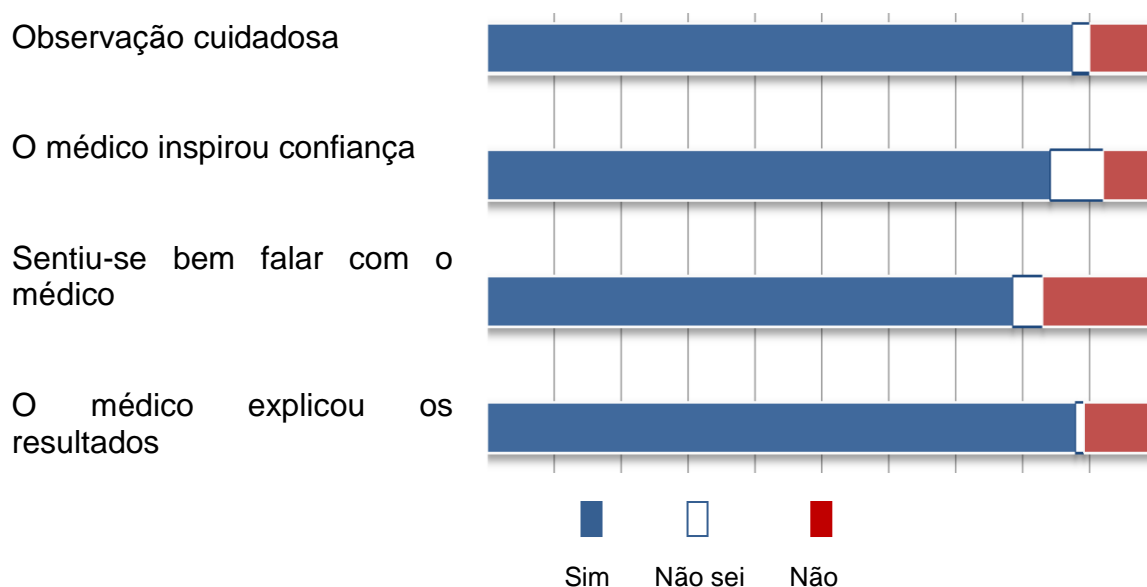
Ao serem questionados sobre o que a criança sentia enquanto esperavam pelo médico, 23,1% referiram estar a sofrer muito, 74,4% encontravam-se calmos e sossegados, 12,9% sentiram-se esquecidos, 13% declararam-se muito incomodados, 3,7% sentiram-se quase a desmaiar, 7,4% tiveram muito frio e 5,1% indicam terem sido incomodados por outras crianças ou adultos.

**Figura 3:** Sentimento dos indivíduos enquanto esperavam para ser observados



Quanto à observação médica, 87,4% consideraram-na cuidadosa, 84,1% referiram que o médico lhes inspirou confiança, 78,5% sentiram-se bem a falar com o médico e 87,8% responderam que o médico lhes explicou os resultados da observação que fez.

**Figura 4:** O que os indivíduos pensam sobre a observação médica



Questionados sobre quais os resultados da sua ida às urgências, cerca 2,3% (5) referiram terem ficado internados no próprio serviço de urgência enquanto que os restantes (96%, 217) foram para casa depois de terem sido tratados. Aquando da sua presença no Serviço de Urgência Hospitalar, foram realizados exames complementares de diagnóstico a 26,7% das crianças. A 60,6% dos observados foi dada a recomendação de voltarem às Urgências, se necessário, e a um conjunto de indivíduos foi efectuado o encaminhamento para outros locais nos serviços de saúde: 6,4% foram enviados para a consulta externa, 3,7% para o médico de família e 7,7% para um especialista. A 28,4% dos inquiridos, apesar de desejarem, não foi dada qualquer orientação sobre o que fazer caso não se sentissem melhor, ou precisassem de mais algum tratamento.

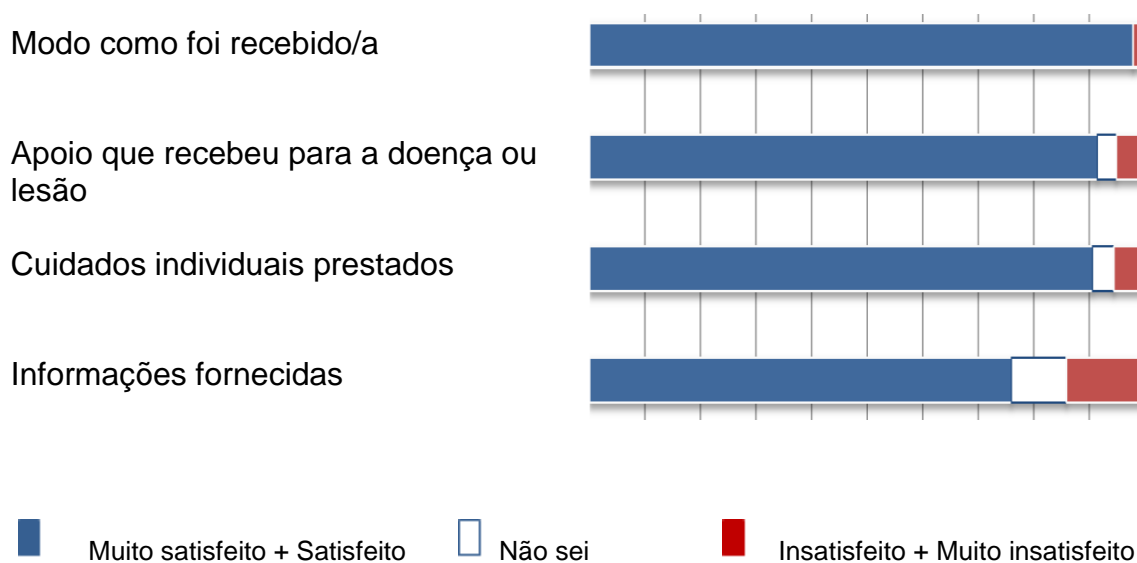
A grande esmagadora maioria dos sujeitos (89,9%) sentem que recuperaram completamente do acidente/lesão ou que, pelo menos, se encontram a melhorar. Apenas 1,3% dos inquiridos indicam sentirem-se pior do que quando se deslocaram ao Serviço de Urgência Hospitalar.

**Tabela 6:** Sentimento de recuperação por parte dos indivíduos

| Recuperação         | N          | Porcentagem   |
|---------------------|------------|---------------|
| Completamente       | 58         | 25,4          |
| Está a melhorar     | 147        | 64,5          |
| Está quase na mesma | 20         | 8,8           |
| Está pior           | 3          | 1,3           |
| <b>Total</b>        | <b>228</b> | <b>100,00</b> |

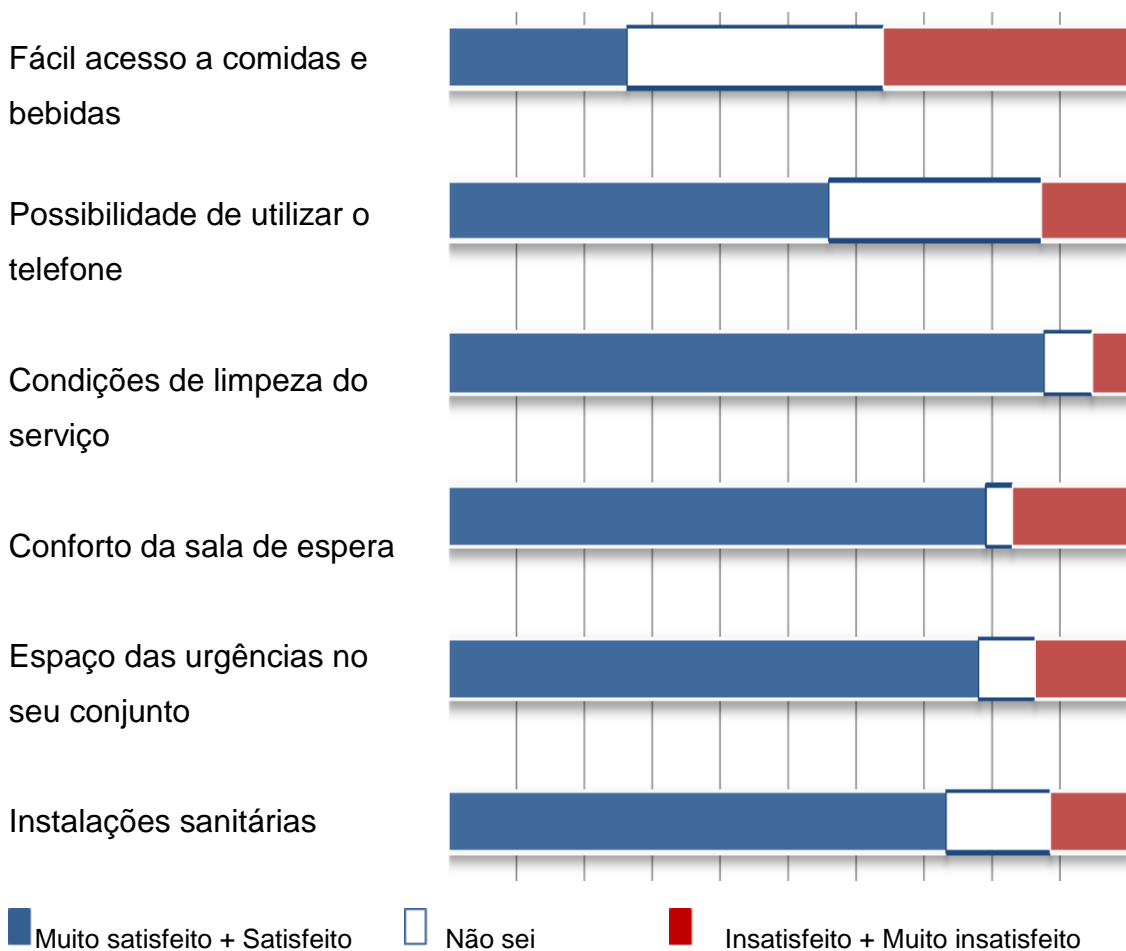
De uma forma geral, os inquiridos manifestam-se satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao modo como foram recebidos (97,9%, 228). 90,5% (210) manifestam igual opinião quanto aos cuidados individuais que lhe foram prestados, 91,4% (212) no tocante ao apoio recebido para a sua doença ou lesão, diminuindo a satisfação para os 76% (177) quando se toma em consideração a informação dispensada sobre o seu estado durante o tempo em que estiveram nas Urgências.

**Figura 5:** Satisfação dos indivíduos com a cortesia, o apoio, os cuidados e a informação



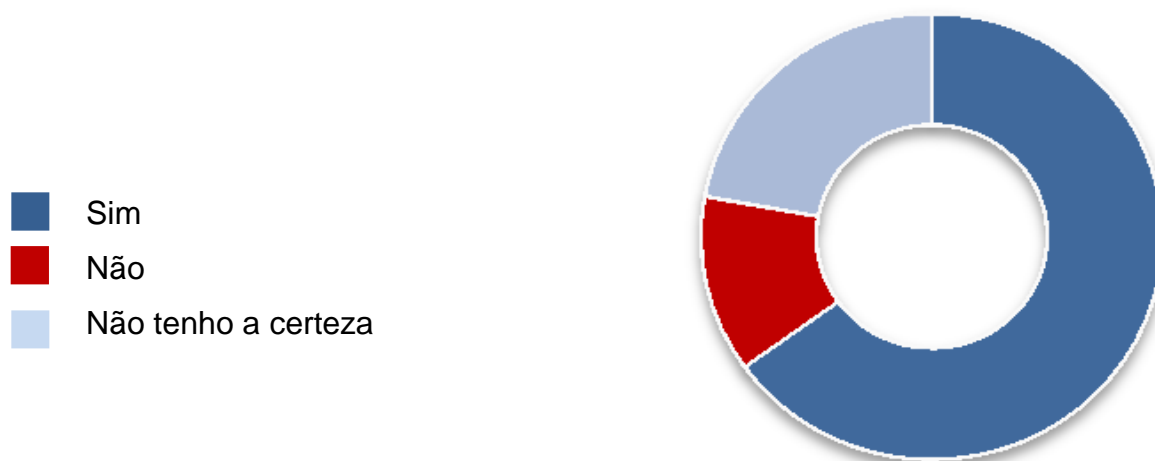
Quando se analisa a satisfação dos respondentes com as infra estruturas e equipamento de apoio, 65,2% mostra-se, pelo menos, satisfeito com as condições de limpeza do serviço de urgência, mantendo-se a satisfação nos 66,4% quando se considera o conforto da sala de espera, o espaço das Urgências (66,5%), as instalações sanitárias (61,4%). A satisfação relativa à possibilidade de utilização do telefone baixa para os 45,8%. A satisfação mais baixa demonstrada com características de amenidades encontra-se relacionada com a facilidade de acesso a comida e bebida (24,4%).

**Figura 6:** Satisfação dos indivíduos com aspectos das infraestruturas e equipamento de apoio



Relativamente à relação com os centros de saúde, 99,1% dos respondentes sabem qual é o seu centro de saúde, no entanto somente 33,6% desses centros fazem atendimento de urgência a crianças. 65% dos acompanhantes referem saber quando se devem dirigir em primeiro lugar aos cuidados primários, sendo que 12,8% não tem esse conhecimento e 22,1% não tem a certeza. A grande maioria dos inquiridos sabe o horário de abertura do centro de saúde da sua zona (85,8%) contra os 14,2% que afirmam não ter esse conhecimento.

**Figura 7:** Conhecimento sobre o facto de que se deve dirigir primeiramente ao centro de saúde



Por fim, em caso de necessidade, 96,1% dos indivíduos (222) recomendariam os serviços de urgência do hospital, onde foram tratados, a amigos e familiares.

**Figura 8:** Recomendação do Serviço de Urgência Hospitalar a terceiros



Importa referir o **Índice de qualidade global percebida pelos acompanhantes**, e que corresponde à forma como este percecionou e avaliou os cuidados de saúde prestados, de acordo com as seguintes questões do IAQH: médias ponderadas das respostas às perguntas P29\_A, P29\_B, P29\_C, P29\_D (Satisfeito/Insatisfeito) e P30\_A, P30\_B, P30\_C, P30\_D, P30\_E e P30\_F (instalações na urgência pediátrica), e obteve-se um índice de 70,5%.

A **satisfação global dos acompanhantes** foi também avaliada pelas seguintes questões do IAQH-UP: médias ponderadas das respostas às perguntas P29\_A, P29\_B, P29\_C e P29\_D (Satisfeito/Insatisfeito). Apresentou um valor de 78,7%. Pesos utilizados nas médias: Muito satisfeito (1,00); Satisfeito (0,75); Não sei (0,50); Insatisfeito (0,25); Muito insatisfeito (0,00).



#### 4.3.– HIPÓTESES EM ESTUDO

**Hipótese 1:** A avaliação do tempo de espera está relacionada com o tempo **total** que esteve nas urgências. O tempo **total** que os inquiridos estiveram na urgência, encontra-se associado com a avaliação do tempo de espera.

Com uma probabilidade de erro de 5% podemos concluir que a comparação de médias da avaliação da espera entre os inquiridos, divididos tendo em conta o tempo total de espera, conduz-nos à não-aceitação da sua igualdade entre grupos com diferentes períodos de espera ( $p\text{-value}=0,000 < \alpha=0.05$ ).

A estatística de teste (*Pearson Chi-square*) e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) diz-nos que sendo  $sig < 0,01$  há relação estatisticamente significativa entre o **tempo total de espera** e a **avaliação** do mesmo, logo, quanto maior o tempo de permanência na urgência, pior é a avaliação do tempo de espera, considerando-o sempre mais longo.

**Hipótese 2:** A avaliação do tempo de espera está relacionada com o tempo **previsto** de espera. O tempo que os inquiridos, à chegada, consideravam que teriam de esperar até serem vistos por um médico encontra-se associado com a avaliação do tempo de espera.

Com uma probabilidade de erro de 5% podemos concluir que a comparação de médias da avaliação da espera entre os inquiridos, divididos tendo em conta o tempo previsto de espera, conduz-nos à aceitação da sua igualdade entre grupos com diferentes períodos previstos de espera ( $p\text{-value}=0,137 < \alpha=0.05$ ).

Segundo a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) temos que  $sig > 0,01$ . Não há relação estatisticamente significativa entre o **tempo previsto de espera** e a **avaliação** do mesmo.

**Hipótese 3:** O tempo **efectivo** de espera está relacionado com o tempo **previsto** de espera. O tempo que os inquiridos, à chegada, consideravam que teriam de esperar até serem vistos por um médico encontra-se associado com o tempo que, efectivamente, passou até começarem as serem vistos.

Segundo a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) temos que  $sig < 0,01$ . Há relação estatisticamente significativa entre o **tempo efectivo de espera** e o **tempo previsto de espera**. Quanto maior o tempo previsto de espera maior é o tempo efetivo de espera.

Semelhantemente, quer o tempo de espera expectável até à observação dos inquiridos, quer o tempo, efectivamente, decorrido até começarem a serem vistos encontram-se associados à avaliação efectuada do tempo total de espera.

**Hipótese 4:** A avaliação do tempo de espera tem impacto na satisfação global.

Com uma probabilidade de erro de 5% podemos concluir que a comparação de médias da avaliação da espera entre os inquiridos, divididos tendo em conta a satisfação global, conduz-nos à aceitação da sua igualdade ( $p\text{-value} = 0,009 < \alpha = 0,05$ ). Logo, quanto pior a avaliação do tempo de espera menor é a satisfação global evidenciada.

Segundo Rodrigues (2010), as dimensões mais importantes encontradas, na investigação efectuada sobre a satisfação dos doentes com os Serviços de Urgência estão, geralmente, associadas com questões médicas, aspectos interpessoais, o pessoal de enfermagem, **o tempo de espera**, a comunicação/informação, a qualidade de cuidados e o pagamento.

Ainda o mesmo autor afirma que os pacientes, avaliando o seu problema como grave ao ponto de decidirem deslocarem-se aos serviços de urgência, perspectivam um **tempo de espera** extremamente reduzido.

Num estudo efectuada no Serviço de Urgência e mencionado por Rodrigues na sua investigação, é possível constatar a clara diferença de perspectivas (médico vs paciente) na avaliação do tempo de espera para observação de um utente. Enquanto que os médicos consideram que 62% dos

doentes tinham necessidade efectiva de serem observados dentro de 12 horas, 89% dos doentes entendiam que deveriam ser vistos dentro do referido período.

A variável “tempo de espera” (medida pela percepção dos doentes da adequação desse tempo de espera e não pelo tempo real) pode, no entanto, ser, a variável mais importante na aferição de satisfação com os serviços de urgência por parte dos utentes. A informação sobre a possível duração do tempo de espera e as explicações sobre causas de atraso poderão, contudo, minorar a influência negativa da demora a percebida (Hall e Press, 1996).

**Hipótese 5:** O tempo total de espera está relacionado com os dados sociodemográficos.

- O tempo total de espera não depende do género da criança.
- O tempo total de espera não varia com a idade da criança.
- O tempo total de espera não depende da situação familiar dos acompanhantes.
- O tempo total de espera total não é influenciado pelas habilitações literárias dos acompanhantes.
- O tempo de espera total não é influenciado pela situação perante o trabalho dos acompanhantes.
- O tempo total de espera não depende do grau de parentesco dos acompanhantes para com a criança.

Segundo a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *Exact Sig. 2 sided*) temos um valor qui-quadrado= 6,650 e valor sig=0,156 (> 0,01), logo confirma a não existência de evidência estatística da associação entre o **tempo de espera** e o **sexo** da criança.

Com uma probabilidade de erro de 5% podemos concluir que a comparação de médias (*One-way Anova*) do tempo total de espera dos inquiridos no serviço de urgência pediátrica, e a idade da criança reflecte que não existe

evidência estatística de que exista relação entre o **tempo de espera** e a **idade da criança** ( $p\text{-value}=0,388 > \alpha=0.05$ ).

Conforme a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) temos um valor qui-quadrado=20,38 e valor sig=0,434 ( $> 0,01$ ), logo confirma a não existência de evidência estatística da associação entre o **tempo de espera** e a **situação familiar** do acompanhante.

Há evidência estatística da associação das variáveis tempo total de espera e as habilitações literárias dos inquiridos, pois utilizando a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) temos um valor qui-quadrado=42,75 e valor sig=0,037 ( $> 0,01$ ). Existe evidência estatística da associação entre o **tempo de espera** e o **grau de ensino** que completou, ou seja, os que têm maior grau de ensino revelam tempos de espera menores.

Não existe evidência estatística da associação entre o **tempo de espera** e a **situação perante o trabalho** segundo o teste de independência do qui-quadrado. Temos um valor *Pearson Chi-square* =6,334 e valor sig=0,610 ( $> 0,01$ ).

Segundo o teste de independência do qui-quadrado, não existe evidência estatística da associação entre o tempo de espera e o grau de parentesco. Temos um valor *Pearson Chi-square* =5,835 e valor sig=0,666 ( $> 0,01$ ).

O facto das tabelas de contingência apresentarem valores 0, superiores aos permitidos, constitui uma limitação aos resultados apresentados.

Assim podemos concluir que não existe evidência estatística da relação entre o **tempo de espera** e os **dados sociodemográficos**, com excepção do grau de ensino completado pelo inquirido, em que se nota que os acompanhantes com grau de ensino superior apresentam tempos de espera menores.

**Hipótese 6:** A recomendação está relacionada com a satisfação global.

Com uma probabilidade de erro de 5% podemos concluir que a comparação de médias (*One-way Anova*) da **satisfação global** dos inquiridos e a **recomendação** feita reflecte que não existe evidência estatística de que exista relação entre o tempo de espera e a idade da criança ( $p\text{-value}=0,539 > \alpha=0.05$ ), isto é, não existe evidência estatística de que o facto de haver recomendação tenha impacto na satisfação global.

**Hipótese 7:** A satisfação global está relacionada com os dados sociodemográficos.

- A satisfação global não depende do género da criança.
- A satisfação global não varia com a idade da criança.
- A satisfação global não depende da situação familiar dos acompanhantes.
- A satisfação global não é influenciada pelas habilitações literárias dos acompanhantes.
- A satisfação global não é influenciada pela situação perante o trabalho dos acompanhantes.
- A satisfação global não depende do grau de parentesco dos acompanhantes para com a criança.

De acordo com os testes aplicados, não existe evidência estatística da relação entre a **satisfação global** e o **sexo** e a **idade da criança**, a **situação familiar**, a **situação perante o trabalho**, o **grau de ensino** e o **grau de parentesco** do acompanhante da criança.

A comparação de médias (*One-way Anova*) da satisfação global dos inquiridos com os dados sociodemográficos reflecte que não existe evidência estatística de que exista essa relação ( $p\text{-value}>0,01 > \alpha=0.05$ ).

Note-se que para tornar mais fácil os cálculos, criou-se uma nova variável (escalões etários) com quatro escalões diferentes, tendo em conta as variáveis idade da criança em meses e em anos.

**Hipótese 8:** O tempo de espera está relacionado com os sentimentos da criança enquanto espera.

- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está a sofrer.
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está muito incomodada.
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está com frio.
- O tempo total de espera está relacionado com o facto de os acompanhantes acharem que a criança está esquecida.

Conforme a estatística de teste *Pearson Chi-square* e a probabilidade de significância associada (*Asymp. Sig 2-sided* e *ExactSig. 2 sided*) temos para as várias categorias dos sentimentos enquanto aguarda:

- O sofrimento da criança reflecte-se num valor qui-quadrado de 25,52 e um valor sig=0,001, logo há evidência estatística da relação entre o **tempo de espera** e o facto do inquirido achar que a criança está a **sofrer**.
- O facto da criança se sentir **incomodada** revela um valor qui-quadrado de 30,41 e um valor sig=0,000, logo há evidência estatística da relação entre o **tempo de espera** e o facto do inquirido achar que a criança está **muito incomodada**, sendo mais significativa do que a anterior.
- O facto de os acompanhantes acharem que a criança está com **frio** revela um valor qui-quadrado de 5,683 e um valor sig=0,683, logo não há evidência estatística da relação entre o **tempo de espera** e o facto da criança sentir **frio**.
- O facto de os acompanhantes acharem que a criança está **esquecida** reflecte-se num valor qui-quadrado de 37,73 e um valor

sig=0,000, havendo evidência estatística da relação com o tempo de espera, sendo muito significativa.

**Hipótese 9:** A satisfação com as informações recebidas está relacionada com o tempo total de espera.

De acordo com o teste estatístico aplicado (teste de independência Qui-quadrado) há evidência estatística da relação entre a **satisfação** com as **informações** recebidas enquanto esteve na urgência. O valor um valor *Pearson Chi-square* =49,53 e valor sig=0,000 (<0,01), sendo uma relação muito significativa.

**Hipótese 10:** A satisfação com as instalações não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.

- A satisfação com as infra estruturas não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.
- A satisfação com os equipamentos de apoio não depende do grau de parentesco do acompanhante para com a criança.

A variável satisfação com as instalações foi transformada nas variáveis satisfação com as infraestruturas (espaço+conforto+limpeza+sanitários) e na variável equipamentos de apoio (telefone+comidas e bebidas).

A comparação de médias (*One-way Anova*) da **satisfação** dos inquiridos com as **infraestruturas** (*p-value*=0.9) e com os **equipamentos** (*p-value*=0.587) com o **grau de parentesco** reflecte quenão existe evidência estatística de que exista essa relação (*p-value*> 0,01>  $\alpha$ =0.05). Ou seja, o grau de parentesco não tem influência sobre a satisfação com as instalações.

**Hipótese 11:** A idade da criança está relacionada com a satisfação com as instalações.

- A idade da criança está relacionada com a satisfação com as infra estruturas.

- A idade da criança está relacionada com a satisfação com os equipamentos de apoio.

Não há relação entre a **idade da criança** e a **satisfação** com as instalações, pois com base nos testes estatísticos aplicados, a comparação de médias da satisfação dos inquiridos com as infra estruturas e com os equipamentos revela-nos que  $p\text{-value}=0,622$  e  $p\text{-value}=0,801$  ( $p\text{-value} > 0,01 > \alpha=0.05$ ), ou seja, a idade da criança não tem influência sobre a satisfação com as instalações.

**Hipótese 12:** A idade da criança está relacionada com a satisfação global. Não há relação estatística entre a **idade da criança** e a **satisfação global**, visto que com base nos testes estatísticos aplicados, a comparação de médias da satisfação global com a idade da criança revela-nos um  $p\text{-value}=0,210$  ( $p\text{-value} > 0,01 > \alpha=0.05$ ).



## 5 - DISCUSSÃO

A amostra global analisada, que advém da agregação das respostas do questionário IAQH-UP , entre Maio e Setembro de 2011, é composta por um grupo muito homogêneo de sujeitos, com preponderância para os indivíduos do sexo feminino, mães das crianças utentes da urgência pediátrica (83%). Os respondentes são ainda, maioritariamente, casados (78%), apresentam níveis de habilitações literárias altos (36% com ensino superior, 22% com ensino médio e só 1% não frequentou o ensino) e 75% encontram-se a trabalhar.

A maioria das crianças atendidas têm idades entre os 1 e os 6 anos (64%), sendo que o género tem percentagens muito semelhantes (48,9% do sexo feminino e 51,1% do sexo masculino).

A doença súbita foi o maior motivo de ida à urgência (37%), sendo que 14% adoeceu há menos de 1 hora e em percentagens iguais (32%), o tempo entre 5 a 24 horas e entre 1 a 7 dias. De notar que uma percentagem mínima estava doente há mais de 7 dias (4%).

Os inquiridos deslocaram-se, principalmente, ao serviço de urgência por iniciativa própria (92,9%), esperando, sobretudo, receber tratamento e regressar a casa de seguida (88%) e que a criança fosse observada por um especialista (92%). Em 62% dos casos esta ida à urgência foi a primeira nos últimos 3 meses. 73% dos indivíduos consideraram o tempo de espera, pelo menos, aceitável, e 62% referem não terem esperado muito pelo atendimento. A maioria dos indivíduos referiram que se encontravam calmos (75%).

No tocante à avaliação médica efectuada, mais de 80% dos respondentes têm uma percepção positiva sobre os 4 parâmetros analisados e, à data da resposta ao inquérito, a maioria dos inquiridos (64%) sentem que recuperaram completamente ou que, pelo menos, se encontram a melhorar.

De uma maneira geral, os acompanhantes das crianças encontram-se satisfeitos com a qualidade do serviço de urgência.

A satisfação dos inquiridos com as infra estruturas e com os equipamentos de apoio (telefone e comidas e bebidas) existentes no serviço de urgência pediátrica é mais reduzida do que a relativa a outros parâmetros. Regra geral, para as questões inerentes a estes aspectos, a satisfação encontra-se acima dos 50%. O aspecto com a melhor avaliação está relacionado com as condições de limpeza (86%) enquanto que o pior item na opinião dos respondentes, diz respeito à facilidade de acesso a comida e bebidas (25%). Contudo, no tocante a este último parâmetro, encontra-se associada a maior taxa de respostas “não sei” (40%), o que pode dificultar a percepção real da satisfação, efectiva, dos pacientes com esse aspecto.

Um aspecto tradicionalmente associado à satisfação com os serviços é a sua posterior recomendação. No presente estudo, 96,1% dos indivíduos indica que, em caso de necessidade, recomendaria aos seus familiares ou amigos que fossem às urgências pediátricas onde tinham sido assistidos, o que reforça a percepção generalizada de satisfação por parte dos respondentes com o serviço em análise.

Os resultados encontrados no tocante à elevada avaliação dos cuidados de saúde por parte dos inquiridos e aos elevados níveis de satisfação dos mesmos são coerentes com outros estudos prévios existentes (por exemplo, Hansagi, Carlsson e Brismar, 1992; Krishel e Baraff, 1993; Melo, 1999; Pedro, Ferreira e Mendes, 2010). Também o estudo “Avaliação da qualidade apercebida dos utilizadores nos hospitais do SNS” , citado pelo OPSS, permite identificar como áreas de melhoria o tempo de espera no serviço de urgência.

De facto, tendo em conta a elevada especialização e dedicação dos recursos humanos existentes nos serviços de urgência pediátrica, não é anormal que a qualidade seja referenciada como boa. Todavia, existem outros factores, referenciados na literatura, que podem contribuir para esta avaliação, um dos quais, está relacionado com o receio, por parte dos respondentes, de serem identificados posteriormente. A existência de questões mais específicas sobre os cuidados de saúde prestados poderiam auxiliar na validação dos níveis de satisfação manifestados (Locker e Dunt, 1978 *apud* Aharony e Strasser, 1993).

Tem sido referido, inclusive, que embora as medidas de satisfação forneçam um resumo relevante da satisfação dos pacientes, frequentemente não permitem disponibilizar informação que conduza à efectiva percepção das razões da insatisfação de alguns pacientes. Isto, para além do facto de, em geral, a satisfação, um conceito multidimensional, acabar, muitas vezes, por ser medida de forma unidimensional, sem a possibilidade de um comentário nas várias categorias por parte dos inquiridos, sobre o que contribui para avaliação dos Serviços de Saúde (Pekarik, 1992).

A acessibilidade e utilização dos serviços de saúde envolvem diversos factores, designadamente factores geográficos (proximidade/distância a serviços de saúde, tempo que o utente demora na deslocação ao serviço, redes rodoviárias e transportes que facilitam o acesso), factores socioeconómicos (rendimento familiar, custos de deslocação, custos de medicamentos), factores socioculturais (estilos de vida, crenças, valorização da doença), factores sociodemográficos (idade, sexo, profissão, posição social) e factores psicológicos (motivação para recorrer aos cuidados de saúde) (Melo, 1999). As características da população podem determinar a procura e utilização dos serviços, sendo fundamental conhecer a distribuição da população consumidora por idades, sexo, grupo socioeconómico, escolaridade, local de residência, percepção do estado de saúde, gravidade da doença e informação que detêm sobre os serviços de saúde (*idem*). A mesma autora afirma ainda que a satisfação dos utentes constitui um parâmetro fundamental nos estudos de acessibilidade a serviços de saúde, podendo condicionar a procura.

Os resultados encontrados, ao nível da espera, mostram que, para a amostra em estudo, quanto maior foi o tempo de espera, pior foi a avaliação desse mesmo tempo, por parte dos respondentes. De facto, quem aguardou até 30 minutos considerou a espera como aceitável, quem esperou entre 30 minutos e 2 horas classificou-a de longa, enquanto que quem foi visto/tratado após 2 horas de permanência no Serviço de Urgência, avaliou o tempo de espera efectivo, como muito longo. Quando se avalia a espera tendo em conta as expectativas dos pacientes, constata-se que, quando o tempo esperado não é

ultrapassado, os indivíduos classificam-na como aceitável. Quando os respondentes tiveram de esperar mais do que as suas perspectivas, consideram essa espera como longa.

Os dados em análise parecem, uma vez mais, revelar que a conjectura assumida relativamente à relação entre a avaliação da espera e o nível de satisfação manifestado. Para todos os itens que não estão relacionados com as instalações, as diferenças de satisfação, entre os inquiridos com avaliações distintas, ao nível da espera, são estatisticamente significativas. Aqueles que melhor avaliaram a espera demonstraram níveis de satisfação superiores, enquanto que os que tiveram uma pior avaliação do tempo que aguardaram no Serviço de Urgência manifestaram níveis mais baixos de satisfação.

Conforme o estudo de Melo (1999) relativamente ao tempo de espera, o nível de satisfação é tendencialmente negativo, verificando-se um predomínio de atribuições razoável, mau e muito mau (83,3%). Como era previsível, a satisfação com o tempo de espera é inversamente proporcional ao tempo de espera (*idem*). Esta variável reveste-se de grande importância, já que consideramos ser um dos indicadores para a construção pessoal e social da imagem do hospital. Quem procura um serviço de saúde por iniciativa própria dirige-se não só aquele que considera mais equipado do ponto de vista técnico e humano, valorizando igualmente a rapidez no atendimento. Tempo de espera longos conduzem à insatisfação dos utilizadores, veiculando uma percepção negativa, a qual se poderá traduzir pela desvalorização do atendimento global dos serviços (Melo, 1999). No seguimento do que é reiterado na literatura existente (como por exemplo, Bursh, Beezy e Shaw, 1993; Thompson *et al.*, 1996; Hall e Press 1996; e Brown *et al.*, 1995, entre outros), o tempo de espera e, essencialmente, a avaliação que os pacientes fazem desse mesmo período, acaba, uma vez mais, por se assumir como uma dimensão de grande relevo, ao nível da sua satisfação nos Serviços de Urgência. Ainda no estudo de Melo (1999), há referência a um nível de satisfação predominantemente bom e muito bom em relação ao atendimento dos técnicos de saúde, e no que diz respeito às instalações, o nível de satisfação é razoável e bom em 93% dos casos.

No tocante à avaliação das infraestruturas e equipamento de apoio observam-se diferenças estatísticas entre os vários indivíduos, agrupados em termos do tipo de aferição da sua espera, embora os que a avaliaram positivamente (aceitável e não tiveram que esperar) não apresentem diferenças significativas entre si. Não é, ainda, estatisticamente significativa a diferença entre respondentes que apresentam uma avaliação negativa, ao nível da espera (longa e muito longa), face ao grau de satisfação final dos mesmos, relativamente à sua opinião sobre o fácil acesso a comidas e bebidas ligeiras. Em todos os itens das instalações, os indivíduos com avaliações positivas da espera expressam um grau de satisfação estatisticamente superior aos que ajuízam, essa espera, negativamente.

O acesso às comidas e bebidas foi o que revelou maior insatisfação. Assim 36% consideram-se insatisfeitos e muito insatisfeitos com este aspecto, sendo que 37,8% respondem que não sabem, e 26,2% dizem-se satisfeitos e muito satisfeitos (apenas 1,8% muito satisfeitos). Face a estes resultados parece-me coerente repensar o acesso às comidas e bebidas, melhorando-o.

Verificamos neste estudo que a grande maioria das crianças tiveram alta para o domicílio após o diagnóstico (96%) e apenas 2,3% das mesmas ficaram internadas em unidade de internamento de curta duração, o que nos leva a considerar que a utilização deste serviço de urgência altamente especializado foi desadequada.

Reflexo da desarticulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, o serviço de urgência enfrenta no quotidiano uma situação desajustada, que poderá conduzir a acréscimos de custos materiais e humanos. É frequente, no estudo da satisfação, a análise da recomendação, como consequência da avaliação que os indivíduos fazem do serviço prestado. Assim, caso os indivíduos recomendem os serviços, isso evidenciará que se encontram mais satisfeitos do que caso não os recomendassem.

Na amostra em estudo tal não se observa, o que contradiz muitos estudos consultados.

Sendo que a maioria dos respondentes são mulheres (83%), casadas (78%), com ensino médio (22%) ou superior(36%) e estando empregadas (75%)

posso dizer que estes estados influenciam a satisfação com a Urgência Pediátrica?

Os inquiridos do sexo feminino manifestam, de uma maneira geral, um grau de satisfação inferior aos sujeitos do sexo masculino (Blizzard, 2002; Ferreira e Raposo, 2006; Rodrigues, 2009), o que nesta amostra não se verifica. Os indivíduos casados manifestam, em geral, níveis de satisfação superiores aos restantes indivíduos (Rodrigues, 2009). Neste caso a literatura existente não é totalmente concordante quanto ao como (e ao se) o estado civil afecta a satisfação manifestada pelos pacientes.

Os resultados encontrados, para a amostra em análise, evidenciam ainda que os inquiridos com ensino médio e superior, expressam os níveis de satisfação estatisticamente mais elevados do que os demais. Esta situação poderá estar associada ao facto de indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados apesar de apresentarem um grau de exigência e de expectativas superiores, relativamente aos serviços de saúde, também possuem maior nível de informação acerca dos mesmos e das patologias/sintomas dos seus filhos.

Quando se analisa a situação laboral dos inquiridos, verifica-se que os que estão empregados manifestam, em geral, níveis de satisfação mais altos que os demais e os indivíduos que não trabalham/inactivos, apresentam um grau de satisfação inferior aos restantes. Estes resultados podem estar associados ao facto de indivíduos com emprego e consequentemente com rendimentos, se sentirem mais satisfeitos com o atendimento num serviço de saúde.

Quando nos debruçamos no atendimento “não urgente” na perspectiva do prestador constata-se que, efectivamente, os sujeitos a quem os profissionais de saúde indicaram terem procedido erradamente, ao se deslocarem às urgências, evidenciam uma satisfação média, em geral, mais baixa que aqueles, cujas situação, são identificadas como “verdadeiras urgências” por parte da equipa médica. Hall e Press (1996) e Hansagi, Carlsson e Brismar (1992) chegaram a estas conclusões, salientando que a proliferação das “falsas urgências” (na perspectiva do prestador) conduz a níveis de satisfação inferiores para esses pacientes “não urgentes”. Neste estudo é notório a baixa percentagem de indicações como ter procedido mal em ter recorrido a este serviço (0,4%) e na

omissão de comentário acerca do assunto (60,1%). Importa também reparar na elevada percentagem na orientação dada na alta, como o regressar à urgência (61%), contra uma pequena percentagem de encaminhamento para o médico de família (4%). O que nos faz reflectir sobre se este será o correcto encaminhamento do utente, tendo em mente a utilização inadequada de um serviço de urgência hospitalar.

A sobrelotação das urgências hospitalares e em particular a utilização inadequada é um assunto que tem originado diversos estudos por todo o mundo. Porém, os valores de inadequação encontrados podem variar entre 10 % a 90% de acordo com os critérios de classificação utilizados, tais como o sistema de triagem do hospital ou nos casos de maiores valores de inadequação encontrados, de acordo com a classificação dos profissionais de saúde (Carret, Fassa e Domingues, 2009).

De facto, a utilização inadequada das urgências hospitalares poderá ter como consequências a diminuição da qualidade de atendimento para as situações realmente urgentes, que resultam do desvio dos recursos humanos e da consequente dificuldade de especialização dos mesmos. Igualmente o atendimento atempado e com segurança poderá ser comprometido, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados (Bernstein *et al.*, 2008).

Os doentes utilizam intensivamente as urgências hospitalares em detrimento dos centros de saúde, revelando o papel do hospital como ponto central da prestação dos cuidados de saúde. De facto, um sem nº de exames pode ser obtido em poucas horas levando a uma sobrelotação com uso inadequado de recursos e aumento dos custos. Existem taxas de utilização nos serviços de urgência que parecem não afectar a utilização dos mesmos (Barros e Simões, 2007). Ao mesmo tempo o atendimento para situações não urgentes recebe muitas vezes tratamento inadequado por vários motivos: dificuldade no controlo de doenças crónicas, aplicação de tratamentos e terapêuticas próprias de situações agudas a situações crónicas, impossibilidade de realizar uma abordagem global do doente, falsas tranquilizações que não resolvem o problema, impossibilidade dos técnicos seguirem o doente e verificarem quais as consequências do tratamento, dificultando o seu desenvolvimento profissional,

dificuldades em tratar o doente com multipatologia e impossibilidade de construir uma relação médico/ doente.

Puig-Junoy, Saez e Martinez Garcia (1998) consideram que provavelmente a qualidade percebida das urgências hospitalares é maior do que a qualidade percebida dos centros de saúde.

Dada a especificidade do bem saúde e o direito inequívoco dos cidadãos optarem por aquilo que lhes parece ser de melhor qualidade, é difícil implementar medidas no sentido de restringir o acesso a serviços de saúde diferenciados. No entanto, gostaríamos de propor algumas sugestões para a resolução deste problema, cujo caminho passará pela efectiva articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, princípios preconizados pela Organização Mundial de Saúde, nomeadamente: a existência de serviços de atendimento permanente, a funcionar 24 horas, para consulta de situações de doença não urgente; a obrigatoriedade de referência mediante carta de um médico, dos cuidados de saúde primários, para o acesso a serviços de saúde diferenciados, salvaguardando obviamente os casos de urgência. Estas estratégias deverão ser complementadas com campanhas informativas, de modo a permitir aos utilizadores dos serviços de saúde um conhecimento das soluções alternativas.



## **6. – CONCLUSÕES**

A tendência internacional de evolução dos sistemas de saúde reflecte uma crescente valorização do papel desempenhado pelos doentes na definição da qualidade dos cuidados de saúde (Nicolau e Escoval, 2010).

Por outro lado, num clima de constante mudança nos sistemas de saúde, que tentam responder às exigências cada vez maiores por parte dos utilizadores e financiadores, torna-se imprescindível conhecer o que pensam e sentem os utilizadores, procurando identificar ineficiências nos processos que conduzam à implementação de medidas de melhoria capazes de promover a satisfação dos utilizadores e simultaneamente a qualidade dos cuidados de saúde, construindo um sistema de saúde á sua medida.

A abordagem da qualidade dos cuidados de saúde na óptica dos utilizadores é apenas uma das várias perspectivas possíveis e, historicamente, nem sempre a mais valorizada. Contudo, é cada vez mais defendida a centralidade dos pacientes na prestação dos cuidados de saúde e a avaliação da satisfação dos mesmos como uma ferramenta relevante de pesquisa, administração e planeamento.

A melhor forma encontrada, até hoje, de aferir a satisfação dos pacientes, apesar dos riscos reais de se obterem dados erróneos ou conclusões falaciosas, é através de inquéritos às suas expectativas e experiências com os cuidados obtidos.

O IAQH-UP é um questionário validado e que procura ser um instrumento de apoio importante à análise da satisfação, ao nível da Urgência Pediátrica Hospitalar, serviço onde, efectivamente, não têm existido muitos estudos, neste âmbito, em Portugal. Desta forma, com o auxílio desta ferramenta, e tendo em conta a literatura disponível, foi possível observar o comportamento de algumas variáveis ao nível da satisfação dos pais ou acompanhantes das crianças utentes da Urgência Pediátrica do Hospital Dr.Nélio Mendonça.

A amostra analisada permite constatar a existência de um elevado nível de satisfação generalizado com o atendimento e condições deste serviço.

Este elevado grau de satisfação é coerente com estudos anteriores, e pode estar relacionada com a elevada especialização e dedicação dos recursos humanos inerentes, ou, apenas, reflectir o receio, por parte dos respondentes, de serem identificados posteriormente. A existência de questões mais específicas sobre os cuidados de saúde prestados poderiam auxiliar a validação dos níveis de satisfação manifestados.

A avaliação que os indivíduos fazem da espera nos Serviços de Urgência Pediátrica encontra-se relacionada com o tempo efectivo de espera e com as expectativas que os pacientes criam. Esta avaliação da espera acaba por ter um impacto importante na aferição da satisfação global com as urgências. De facto, os inquiridos que melhor avaliam a espera evidenciam níveis de satisfação mais elevados que os demais.

A disponibilização de informação e de alguma explicação aos indivíduos e seus familiares/amigos, relativamente ao tempo que aguardam nos Serviços de Urgência, contribuem, similarmente, para influenciar positivamente o seu grau de satisfação.

Uma percepção positiva da observação médica, assim como a existência de orientação para o pós-urgência influem positivamente na satisfação média expresso pelos pacientes. O sentimento de recuperação, como resultado visível da ida às urgências, acaba, também, por se reflectir como uma característica de peso na aferição global da satisfação média efectuada pelos inquiridos.

A satisfação dos respondentes com as urgências hospitalares encontra-se frequentemente associada à recomendação que os mesmos fazem dos referidos serviços. Neste estudo não existe evidência estatística de que o fato de haver recomendação tenha impacto na satisfação global.

É, ainda, possível de observar que os sujeitos deslocaram-se, principalmente, ao serviço de urgência por iniciativa própria. Este tipo de comportamento contribui, em particular, para sobrecarregar as urgências hospitalares com situações que, na maior parte dos casos, poderiam ser tratadas no âmbito dos cuidados primários. Para além disso, constata-se que os pacientes,

“não urgentes”, na perspectiva do prestador, evidenciam níveis médios de satisfação estatisticamente inferiores aos, efectivamente “urgentes”.

Para futuras versões do questionário seria importante, ainda, a consideração de outras questões para aferir aspectos interpessoais, essencialmente, no tocante ao relacionamento dos pacientes com o profissional de enfermagem, totalmente omitido no inquérito.

Temos consciência que é difícil acrescentar algo de novo ao tema “Satisfação”, no entanto pensamos que este estudo pode contribuir para a introdução de melhorias e ser um instrumento de reflexão e consequente aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Após este percurso, temos noção da imensidão do que ficou por fazer, dos conceitos que ficaram por operacionalizar e das muitas abordagens consequentes que podem ser realizadas, contudo temos também a certeza de colocámos todo o nosso empenho na realização deste trabalho e que agora reunimos mais e melhores condições para enfrentar os desafios que se colocam ao sector da saúde.

## 7. - BIBLIOGRAFIA

Aharony, L.; Strasser, S. (1993) "Patient satisfaction: what we know and what we still need to explore" *Medical Care Review*, 50 (1) 49-79.

Aitken, P.; Wiltshire, M. (2005) "Parental satisfaction with a nurse-led emergency assessment unit" *Pediatric Nursing*.17 (9), 31-35.

Alves, A. (2004) "Etapas da metodologia de projecto" *O Professor*. 3 (85) 30- 37.

Ammentorp, J.; Mainz, J.; Sabroe, S. (2006) "Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care" *Pediatric Nursing*. 32(4) 333-348.

Anderson, A. (1995) "Qualidade na Saúde" *Qualidade*. Associação Portuguesa para a Qualidade, 2, 41-44.

Barros, L. (1998) "As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo" *Análise Psicológica*. 16 (1),11 28.

Barros, P.; Simões, J. (2007) Health systems in transition Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*. 9 (5) 1– 140.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107842/E90670.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf)[15 Janeiro 2012].

Bernstein SL.; Aronsky D.; Duseja R.; Epstein S.; Handel D.; Hwang U.; McCarthy M.; John McConnell K.; Pines JM.; Rathlev N.; Schafermeyer R.; Zwemer F.; Schull M.; Asplin BR. (2009) "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes" *Academic Emergency Medicine*. 16 (1) 1-10.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19007346> [15 Janeiro 2012].

Bialoskurski, M.; Cox, C.; Wiggins, R. (2002) "The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment" *Journal of Advanced Nursing*. 37(1) 62-69.

Björvell, H.; Stieg, J. (1991) "Patient's perceptions of the health care received in an emergency department" *Annals of Emergency Medicine*. 20(7) 734-738.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064405808339> [4 Janeiro 2012].

Braga, H. (1995) "O grau de satisfação dos pais e os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada" *Divulgação*. 35, 5-20.

Bragadóttir, H.; Reed, D. (2002) "Psychometric instrument evaluation: The Pediatric Family Satisfaction Questionnaire" *Pediatric Nursing*. 5 (28) 475-484.

Brown, Adaisteinn D. *et al.* (2005) "Developing an Efficient Model to Select Emergency Department Patient Satisfaction Improvement Strategies" *Annals of Emergency Medicine*. 46, (1), 3-10.

Bursch, B.; Beezy, J; Shaw, R. (1993) "Emergency Department Satisfaction: What Matters Most?" *Annals of Emergency Medicine*. 22 (3), 586-591.

Byrne, B. (1989) *A Premier of LISREL: Basic Applications and Programming for Confirmatory Factor Analytic Models*. New York: Springer- Verlag.

Caetano, E. (2002) *O Internamento em Hospitais Elementos Tecnológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cardoso, F. (2002) *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência: satisfação dos utentes*. Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS.

Carret, M.; Fassa, A; Kawachi, I. (2007) “Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use”. *BMC Health Services Research*. 131 (7) 1-9.

Carret, M.; Fassa, A.; Domingues, M. (2009) “Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors”. *Cadernos de Saúde Pública*. 25, 7-28.

Catita, P.; Vaz, C. (2000) “Cuidar no serviço de urgência” *Nursing*, 148,14-17.

Chiavenato, I. (1993) *Introdução à teoria geral da administração*. São Paulo: Mackron Books.

Chiavenato, I. (1999) *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Editora.

Corlett, J.; Twycross, A. (2006) “Negotiation of parental roles within family centered care: a review of the research” *Journal of Clinical Nursing*. 15, 1308-1316.

Diogo, P. (2001) “Uma orientação para cuidar...a criança” *Enfermagem*, 23 (24) 9-12.

Direcção Geral de Saúde (2012) “Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016” <http://pns.dgs.pt/> [30 de Junho de 2012].

Donabedian, A. (1988) “The quality of care: how can it be assessed?” *Journal of the American Medical Association*, 260, (12), 1743-1748.

Duarte, C. (2003) “Opinião dos pais/acompanhantes face aos cuidados de enfermagem em saúde infantil” *Sinais Vitais* 48, 28-32.

Escoval, A. (2008) *Financiamento: inovação e sustentabilidade*. Lisboa: Círculo das Letras.

Escoval, A.; Ferreira, P. (2010) Desafios em tempos de crise. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 26(3), 264-270.

Escoval, A.; Nicolau, V. (2010) Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4466/1/T-10%20ESCOVAL%20p-95.pdf> [10 de Dezembro 2011].

Ferreira, P.; Marques, F. (1998) *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios metodológicos Gerais*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Ferreira, P. (1999) A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In Ministério da Saúde (Org.) ed. *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 1-57.

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

Ferreira, P. *et al.* (2003) *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Coimbra, Instituto do Consumidor.

Ferreira, P.; Mendes, J.; Pedro, S. (2010) Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos*.

[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?cript=sci\\_arttext&pid=S16462408200100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S16462408200100016&lng=pt&nrm=iso) [15 de Janeiro 2012].

Filho, G. (1990) “O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, (2), 59-64.

Fisher, H. (2001) “The needs of parents with chronically sick children: a literature review” *Journal of Advanced Nursing*. 36 (4) 600-607.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.02013.x/full> [10 Dezembro 2011].

Fitzpatrick, R. (1991) “Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations” *British Medical Journal*. 302, 887-889.

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

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf> [20 Dezembro 2011].

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992) *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gonçalves, C; Ramos, V. (2010) *Plano Nacional de saúde 2011-2016: Análise especializada Cidadania e saúde um caminho a percorrer*. Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Hall, M.; Press, I. (1996) “Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study” *Hospital & Health Services Administration*, 41 (4) 515-518.

Hansagi, H.; Carlsson, B.; Brismak, B. (1992) “The urgency of care and patient satisfaction at hospital emergency department” *Health Care Manage Review*, 17(2) 71 - 75.



Hespanhol, A. (2008) Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e Comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 (6), 665-670.

Hill, M.; Hill, A. (2005) *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Krishel, S.; Baraff, L. (1993) "Effect of Emergency Department Information on Patient Satisfaction" *Annals of Emergency Medicine*, 22 (3) 568-572.

Lewis, K.; Woodside, R. (1992) "Patient satisfaction with care in the emergency department" *Journal of Advanced Nursing*, 17, 959-964.

Macphail, E. (2001) "Panorâmica da enfermagem de urgência" in Sheehy, S. (Eds.) *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência, 3-8.

Magnunsen, M.; Garrett, M.; Sundelin, C. (2000) "Impact of child health center organization on parental satisfaction" *Scand J. Caring Sci.*14, 232-238.

Marino, B.; Marino, E.; Hayes, J. (2000) "Parents report of children`s hospital care: what it means for your practice" *Pediatric Nursing*, 2 (26)195-202.

Maroco, J. (2003) *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Maroco, J.; Bispo R. (2003) *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Melo, E. (1999) "Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra" *Referência*, 3, 59 – 62.

Menezes, M.; Fernandes, O. (2006) *Satisfação dos pais face ao atendimento de enfermagem no serviço de urgência pediátrica*. Monografia realizada no âmbito do

Curso de Licenciatura em Enfermagem. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Moreira, J. (2004) *Questionários Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2008) *Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2009) *10/30 Anos: Razões para continuar*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Pascoe, G. (1983) *Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. Evaluation and Program Planning*. California: University of San Francisco.6,185-210.<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718983900022>

Pekarik, G. (1992) “Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction” *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91–98.

Pego, Z. (1998) *Qualidade dos Serviços de Urgência – A Perspectiva dos Utentes*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2000) *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Porter, M.; Teisberg, E. (2006) *Redefining healthcare: creating value-based competition on results*. Harvard: Harvard Business Schoolpress.

Porter, M.; Teisberg, E. (2007) “How Physicians Can Change the Future of Health Care” Chicago: *American Medical Association*. 297 (10), 1103 – 1111.

Porter, Michael (2010) “What Is Value in Health Care?” *The New England Journal of Medicine*. 363 (26), 2477 – 2483.

Portugal.Governo Constitucional (2009) *Programa do XVIII Governo Constitucional 2009/2013*.

<http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIII Governo.pdf> [15 de Maio 2011].

Press, I. (1994) “Patient satisfaction” *Hospitals & Health Networks*, 68, (5), 60-61.

Puig-Junoy, J.; Saez, M.; Martinez-Garcia, E. (1998) “Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient initiated contacts” *Health Care Management Science*, 1(1)39-52.

Rode, S.; Dias H.; França, C. (2009) *Handbook of Scientific Methodology*. IADR latino Americana.

Rodrigues, R. (2010) *Satisfação com os serviços de urgência*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Santos, M. (1993) “Avaliação da qualidade na perspectiva do utente – importância dos aspectos não técnicos da prestação” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 11 (4) 29-44.

Sepúlveda, M. (1998) “A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na São Vida, Medicina Apoiada, S.A.” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16 (4) 33-55.

Sheehy, S. (2001) *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência.

Silva, J. (1988) “A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6 (4) 5-13.

Strasser, S.; Aharony, L.; Greenberger, D. (1993) *The Patient Satisfaction Process: Moving Toward a Comprehensive Model*. *Medical Care Review*, 50 (2), 219-248.

Thompson, D.; Yarnold, P.; Williams, D.; Adams, S. (1996) “Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department” *Annals of Emergency Medicine*, 28 (6) 657-665.

[http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(96\)70090-2/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(96)70090-2/abstract) [15 Janeiro 2012].

Vuori, H.; Roger, F. (1989) “Issues in Quality - The European Scene” *Quality Assurance in Health Care*, 1 (2/3).

Zambon, M.; Riccetto, A.; Fraga, A.; Belluomini, F.; Brandão, M.; Reis, M.; Queiroz, R. e Marmo, D. (2007) “Observação pediátrica em unidade de emergência de um hospital universitário” *Revista de Ciências Médicas*. Campinas: 16 (2) 79-85.

## **ANEXOS**

## **Autorização do Conselho de Administração**



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde  
do  
SESARAM,EPE**

**Parecer nº 23/2011**

WAB  
05/11

**O Pedido:**

Recebido da Direcção Clínica para parecer, pedido de autorização de Tânia do Rosário Castro da Costa, Enfermeira, Mestranda em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para realizar um Estudo subordinado ao tema "Satisfação dos Pais ou Acompanhantes de Crianças com o Atendimento na Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça vs Satisfação Geral com a Profissão dos Profissionais de Saúde da Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça", no âmbito da sua Tese de Mestrado.

**Parecer:**

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr<sup>a</sup> Joana Dias, Juíza, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Dr.<sup>a</sup> Raquel Tranquada, Médica e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 05 de Abril de 2011, decidiu, por unanimidade, dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 04 de Maio de 2011

O Presidente da CES

(Edward Richard Maul)



## **Documento de Informação e Consentimento**



## **DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO**

**NOME DE ESTUDO:** Satisfação dos Pais ou Acompanhantes de Crianças com o Atendimento na Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça vs Satisfação Geral com a Profissão dos Profissionais de Saúde da Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

**INVESTIGADOR:** Enfermeira Tânia do Rosário Castro da Costa

**CONTACTO:** Telefone: 963139116 Correio electrónico: [taniadacosta@gmail.com](mailto:taniadacosta@gmail.com)

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação no âmbito de desenvolvimento da Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, ministrado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Estará envolvido na recolha de informação para nos ajudar a compreender melhor qual a sua satisfação com o atendimento na Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

A participação neste estudo significa que a informação sobre si e a sua opinião será recolhida e analisada juntamente com as informações recolhidas de outros participantes utentes deste serviço. As respostas individuais que fornecer serão confidenciais.

### **QUAL É O OBJECTIVO DESTE ESTUDO?**

Este estudo envolve uma pesquisa sobre a questão da satisfação dos utentes do Serviço de Urgência Pediátrica relacionada com o atendimento e os factores que podem afectar a mesma.

O estudo irá recolher informação de utentes (pais ou acompanhantes) de crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Conhecendo o que mais influi a satisfação dos indivíduos que se deslocam às Urgências Hospitalares, será possível a concentração de esforços em áreas críticas, maximizando-se assim a qualidade apercebida pelos pacientes, ao nível dos cuidados prestados no Serviço de Urgência Pediátrica, e, conseqüentemente, a sua satisfação e posterior recomendação dos mesmos.

### **O QUE É QUE ESTE ESTUDO ENVOLVE?**

Ser-lhe-á pedido para responder a questões sobre si e sobre a sua opinião sobre vários aspectos relativos ao atendimento na urgência pediátrica. As perguntas permitem avaliar aspectos antes da chegada ao Serviço de Urgência; no Serviço de Urgência antes de ter sido observado/a; observação médica; alta do Serviço de Urgência; e satisfação (final) com o Serviço de Urgência.

Todos os questionários levarão cerca de 20 minutos a completar.

A informação recolhida será armazenada juntamente com as informações de outros participantes igualmente utentes deste serviço.

### **A QUEM É PEDIDO PARA PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

Foi-lhe pedido para participar neste estudo pois é pai/mãe ou acompanhante de uma criança utente do serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

### **EXISTEM RISCOS NESTA PARTICIPAÇÃO?**

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para este estudo.

### **EXISTEM BENEFÍCIOS POR PARTICIPAR?**

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo beneficiará no futuro o atendimento na Urgência Pediátrica.

### **QUEM TERÁ ACESSO À MINHA INFORMAÇÃO?**

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório. Todos os relatórios e materiais pertencentes a este estudo serão mantidos confidenciais. Contudo, não podemos garantir confidencialidade absoluta. A sua informação pessoal pode ser revelada se solicitada pelas vias legais. É também possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na divulgação. No final do estudo destruiremos todos os relatórios.

### **EXISTEM CUSTOS ENVOLVIDOS?**

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários

### **QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS?**

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afectará o seu futuro tratamento, ou direitos de saúde e legais.

### **A QUEM POSSO CONTACTAR SE TIVER ALGUMA QUESTÃO OU PREOCUPAÇÃO?**

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar 291705600, Hospital Dr. Nélio Mendonça.

## **IAQH – UP**



Centro de Estudos e Investigação  
em Saúde da Universidade de Coimbra



Hospital  
Dr. Nélio Mendonça

# A sua opinião sobre as Urgências Pediátricas

(A PREENCHER PELO CEISUC)

Gostaríamos que respondesse às seguintes perguntas, assinalando a resposta mais próxima da sua opinião.  
Se preferir usar as suas próprias palavras, por favor use a última página deste questionário, ou uma folha separada.

Data ..... / ..... / ..... e  
          dia       mês       ano

hora ..... : ..... de chegada ao Hospital na sua última ida às urgências com a criança.  
      horas     min

## ANTES DA CHEGADA AO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

### 1 Qual o motivo da ida da criança às urgências?

- <sub>1</sub> Adoentada há vários dias sem sentir melhoras
- <sub>2</sub> Adoentada há algum tempo, tendo vindo a piorar
- <sub>3</sub> Adoeceu de repente
- <sub>4</sub> Um acidente
- <sub>5</sub> Uma outra razão

### 2 Quanto tempo esteve adoentada ou lesionado/a, antes de ir às urgências?

- <sub>1</sub> Menos de 1 hora
- <sub>2</sub> Entre 1 e 5 horas
- <sub>3</sub> Entre 5 e 24 horas
- <sub>4</sub> Entre 1 e 7 dias

<sub>5</sub> Mais de 7 dias

**3 Foi consultado alguém dos Serviços de Saúde antes da criança ir às urgências?**

- <sub>1</sub> Sim, telefonámos para um Centro de Saúde
- <sub>2</sub> Sim, fomos a um Centro de Saúde
- <sub>3</sub> Sim, telefonámos para as urgências
- <sub>4</sub> Sim, telefonámos a um médico ou técnico de saúde
- <sub>5</sub> Sim, fomos a uma farmácia
- <sub>6</sub> Sim, outro. Qual? .....
- <sub>7</sub> Não, fomos por iniciativa própria
- <sub>8</sub> Não, alguém me recomendou

**4 Se consultou alguém de um Serviço de Saúde, foi-lhe dito para ir às urgências?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Não

**5 Quais foram as razões que o/a levaram desta vez a ir às urgências com a criança?**

Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

**Foi às urgências porque ...**

| Sim | Não | Não sei |
|-----|-----|---------|
|-----|-----|---------|

|  |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Esperava que a criança fosse internada? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Esperava que recebesse tratamento e depois fosse para casa? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Queria que fosse observada por um especialista? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Precisava de um atestado médico? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Precisava de uma receita médica? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Precisava de ajuda urgente e não pensou em mais nada? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Já tinha ido ao Centro de Saúde outras vezes, mas não ficou satisfeito/a?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| O Centro de Saúde não lhe disse para lá voltar caso não se sentisse melhor ou precisasse de mais tratamento? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Foi difícil marcar uma consulta no Centro de Saúde? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| O Centro de Saúde estava fechado e não sabia a que outro local se dirigir? .....                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| O caso só podia ser tratado num hospital?<br>(ex: raio-X, análises, operação ou internamento) .....                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Outra razão .....  |                                       |                                       |                                       |

**6 Foi sozinho/a às urgências, ou foi mais alguém consigo?**

- <sub>1</sub> Fui sozinho/a ..... *Passa por favor para a pergunta 8*  
<sub>2</sub> Foi mais alguém comigo

**7 A criança esteve internada num hospital por qualquer período, durante os últimos 3 meses?**

- <sub>1</sub> Não  
<sub>2</sub> Sim, pela mesma doença ou lesão  
<sub>3</sub> Sim, mas por outra doença ou lesão

**8 A criança esteve nas urgências mais alguma vez durante os últimos 3 meses como doente?**

- <sub>1</sub> Não, só esta vez  
<sub>2</sub> Sim, duas vezes ao todo  
<sub>3</sub> Sim, três vezes ou mais

**9 Qual o meio de transporte que utilizou quando se deslocou às urgências?**

- <sub>1</sub> Ambulância  
<sub>2</sub> Automóvel próprio  
<sub>3</sub> Automóvel de aluguer  
<sub>4</sub> Outro. Qual? .....

**NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS ANTES DA CRIANÇA TER SIDO OBSERVADO/A**

**10 Quando chegou às urgências:**

- <sub>1</sub> Foi rapidamente atendida por um médico ou um enfermeiro que a orientaram no serviço pedindo que aguardasse a sua vez  
<sub>2</sub> Foi rapidamente observada por um médico e/ou enfermeiro  
<sub>3</sub> Foi tratada imediatamente  
<sub>4</sub> Teve que esperar pela sua vez, sem que tivesse havido qualquer contacto anterior com o médico ou enfermeiro

**11 Na altura, face à situação da criança, quanto tempo achou que ia ter de esperar até ser vista por um médico?**

- <sub>1</sub> Achei que devia ser vista imediatamente  
<sub>2</sub> Achei que podia ser vista no prazo de 30 minutos  
<sub>3</sub> Achei que podia ser vista no prazo de 1 hora  
<sub>4</sub> Achei que podia ser vista no prazo de 2 horas  
<sub>5</sub> Achei que podia esperar ..... horas

**12 Quanto tempo passou até a criança começar a ser vista e/ou tratada?**

- <sub>1</sub> Imediatamente, logo que cheguei
- <sub>2</sub> Em menos de 30 minutos
- <sub>3</sub> Entre 30 minutos a 1 hora
- <sub>4</sub> Entre 1 a 2 horas
- <sub>5</sub> Mais tempo, ..... horas

**13 Onde esteve à espera, a maior parte do tempo?**

- <sub>1</sub> Numa sala de espera
- <sub>2</sub> Na sala de observações (cirúrgica ou ortopédica)
- <sub>3</sub> Numa maca, no corredor
- <sub>4</sub> Numa maca, na sala de observações (cirúrgica ou ortopédica)
- <sub>5</sub> Fui tratada imediatamente

**14 O que achou do tempo que a criança teve de estar à espera?**

- <sub>1</sub> Não tive que esperar
- <sub>2</sub> Aceitável
- <sub>3</sub> Longo
- <sub>4</sub> Muito longo

**15 Havia informação acerca das possíveis demoras no atendimento?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Não
- <sub>3</sub> Não sei

**16 Se pensa que a criança esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?**

- <sub>1</sub> Sim, deram-me uma explicação
- <sub>2</sub> Não, não me deram explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa
- <sub>3</sub> Não, não me deram explicação, mas eu próprio/a compreendi as razões
- <sub>4</sub> Não, não tive que esperar muito tempo

**17 Na sua opinião, qual era o movimento das urgências enquanto lá esteve com a criança?**

- <sub>1</sub> Estava calmo
- <sub>2</sub> Estava algum movimento
- <sub>3</sub> Estava muito movimento
- <sub>4</sub> Não sei avaliar



**18 Como acha que se sentiu a criança enquanto esperava pelo médico?**

Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

|  | Sim                                   | Não                                   | Não sei                               |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Calma e sossegada? .....                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Estava a sofrer muito? .....                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Sentiu-se quase a desmaiar? .....                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Foi incomodada por outras crianças e/ou adultos? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Sentiu-se muito incomodada? .....                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Sentiu muito frio? .....                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Sentiu-se esquecida? .....                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Outros comentários .....                               |                                       |                                       |                                       |

**OBSERVAÇÃO MÉDICA**

**19 O que pensa sobre a observação que o médico fez à criança?**

Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

|   | Sim                                   | Não                                   | Não sei                               |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| O médico fez-me uma observação cuidadosa .....                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| O médico inspirou confiança.....                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| A criança sentiu-se bem no contacto com o médico .....        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| O médico explicou-me os resultados da observação que fez..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**20 Sabe o nome do médico que a examinou ou tratou?**

<sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

## ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

### 21 Quais foram os resultados da sua ida às urgências com a criança?

Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

|   | Sim                                   | Não                                   |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| A criança ficou internada no próprio serviço de urgência? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| A criança foi para casa depois de ter sido tratada? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| A criança foi enviada para a consulta externa? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| A criança foi enviada para o médico de família? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Foi-lhe indicado outro especialista? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Foi-lhe passado um atestado médico? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Foi-lhe passada uma receita? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Foi-lhe feito um RX, análise ou outros exames? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| A criança foi observada, mas disseram-me para estar atento/a à evolução do seu estado e voltar às urgências, se necessário? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |

22 O que é que o médico lhe disse que tinha? .....

### 23 Ao todo, quanto tempo esteve nas urgências com a criança?

- <sub>1</sub> Menos de 1 hora
- <sub>2</sub> Entre 1 e 2 horas
- <sub>3</sub> Entre 2 e 3 horas
- <sub>4</sub> Entre 3 e 4 horas
- <sub>5</sub> Esperei mais, ..... horas

### 24 Sente que a criança recuperou do acidente ou doença que a levou às urgências?

- <sub>1</sub> Sim, completamente
- <sub>2</sub> Sim, estou a melhorar
- <sub>3</sub> Não, estou quase na mesma
- <sub>4</sub> Não, estou pior

**25 Deram-lhe alguma orientação sobre onde devia dirigir-se com a criança, caso esta não se sentisse melhor, ou precisasse de mais algum tratamento?**

- <sub>1</sub> Não, mas gostaria de ter sabido
- <sub>2</sub> Sim, ir às urgências
- <sub>3</sub> Sim, ir a um centro de saúde
- <sub>4</sub> Sim, ir às urgências ou a um centro de saúde
- <sub>5</sub> Ir a outro lado, por exemplo .....

**26 Disseram-lhe que procedeu da melhor maneira ao ir às urgências?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Foi-me dito que procedi erradamente
- <sub>3</sub> Ninguém me disse nada sobre isso

**27 Se voltar a acontecer o mesmo, disseram-lhe onde ir ou o que fazer?**

- <sub>1</sub> Ir às urgências do mesmo hospital
- <sub>2</sub> Ir às urgências de outro hospital
- <sub>3</sub> Ir ao centro de saúde
- <sub>4</sub> Ir às urgências ou a um centro de saúde
- <sub>5</sub> Esperar um pouco mais da próxima vez antes de ir a qualquer lado
- <sub>5</sub> Ir a outro lado, por exemplo .....
- <sub>6</sub> Não me disseram nada

**28 Foi-lhe dada alguma informação em como reclamar, caso necessitasse?**    <sub>1</sub> Sim    <sub>2</sub> Não

**SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE URGÊNCIAS**

**29 No geral, ficou satisfeito/a ou insatisfeito/a com o seguinte?**

Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

|   | Muito satisfeito                      | Satisfeito                            | Não sei                               | Insatisfeito                          | Muito insatisfeito                    |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| O modo como a criança foi recebida?.....                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| O apoio que a criança recebeu para a sua doença ou lesão? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Os cuidados individuais que foram prestados à criança?.....     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

As informações que lhe deram relativamente ao da criança estado durante o tempo que esteve nas urgências? ..... <sub>1</sub>    <sub>2</sub>    <sub>3</sub>    <sub>4</sub>    <sub>5</sub>

**30 Esta questão refere-se às condições das instalações nas urgências.**

Por favor responda **a todas as perguntas**, assinalando com um X o número apropriado.

*(Certifique-se que coloca um X em cada linha)*

Qual a sua opinião sobre ...

| Muito satisfeito | Satisfeito | Não sei | Insatisfeito | Muito insatisfeito |
|------------------|------------|---------|--------------|--------------------|
|------------------|------------|---------|--------------|--------------------|

|   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| A possibilidade de fácil acesso a comidas e bebidas ligeiras? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| A possibilidade de utilizar o telefone? .....                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| As condições de limpeza do serviço de urgência? ..                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| O conforto da sala de espera? .....                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| O espaço das urgências no seu conjunto? .....                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| As instalações sanitárias? .....                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

Outros comentários .....

.....

**31 Em caso de necessidade, recomendaria aos seus familiares ou amigos que viessem às urgências deste Hospital**    <sub>1</sub> Sim    <sub>2</sub> Não

**32 Preocupa-o/a, que pessoas não autorizadas possam obter informação clínica confidencial sobre a criança?**    <sub>1</sub> Sim    <sub>2</sub> Não

Se respondeu SIM, por favor descreva ao tipo de informação a que se refere. ....

.....

**AS SEGUINTE PERGUNTAS DIZEM RESPEITO AO CENTRO DE SAÚDE**

**33 Sabe qual é o seu Centro de Saúde?**

- <sub>1</sub> Sim, é o seu Centro de Saúde de .....
- <sub>2</sub> Não ----- *Passa por favor para a pergunta 37*

**34 Conhece o horário de abertura deste Centro de Saúde?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Não

**35 O seu Centro de Saúde atende situações de urgência em crianças?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Não
- <sub>3</sub> Não sei

**36 Quantas vezes no último ano foi ao seu Centro de Saúde com a criança? ..... vezes**

**37 Sabe quando deve dirigir-se em primeiro lugar ao Centro de Saúde?**

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>2</sub> Não
- <sub>3</sub> Não tenho a certeza

**38 Se tiver outros comentários a fazer acerca da sua última ida às urgências, por favor escreva-os.**

Fiquei particularmente satisfeito/a com ....

Não gostei de ....

Se pudesse mudar alguma coisa propunha o seguinte: ....

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

**39 Qual o local de residência da criança?**

Localidade ..... Código postal .....

Concelho .....

Distrito .....

**40 Qual é o sexo da criança?** <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub> Masculino

**41 Qual é a idade da criança?** ..... Anos ..... Meses

**42 Qual é a sua situação familiar?**

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

**43 Qual a sua situação perante o trabalho?**

- <sub>1</sub> Trabalhador/a por conta própria
- <sub>2</sub> Trabalhador/a por conta de outrem
- <sub>3</sub> Inactivo / não trabalha

**45 Em que situação se encontra?**

- <sub>4</sub> Reformado / aposentado
- <sub>5</sub> Desempregado/a
- <sub>6</sub> Vive de rendimentos
- <sub>7</sub> Pensionista
- <sub>8</sub> Estudante

**44 Que grau de ensino é que completou?**

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

**45 Qual o seu grau de reacção com a criança?**

- <sub>1</sub> Mãe
- <sub>2</sub> Pai
- <sub>3</sub> Irmã / Irmão
- <sub>4</sub> Avó / Avô
- <sub>5</sub> Tia / Tio
- <sub>6</sub> Outro grau de parentesco
- <sub>7</sub> Outro grau de relação. Qual? .....

---

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

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.  
DE SEGUIDA, COLOQUE O QUESTIONÁRIO NO SOBRESCRITO ENVIADO  
E COLOQUE-O NO CORREIO. NÃO SÃO PRECISOS SELOS DE CORREIO.

---