

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória

Dissertação de Mestrado em
Gestão de Serviços de Saúde

- Gisela Marta Monteiro dos Santos -



Vila Real, 2009

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma
Unidade de Reabilitação Respiratória**

De:

Gisela Marta Monteiro dos Santos

Orientadora:

Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira

Vila Real, Junho de 2009

Trabalho elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de mestre em Gestão de Serviços de Saúde, tendo sido apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição, directa ou indirecta, para que esta dissertação fosse realizada. Para todos eles fica aqui um sincero agradecimento, particularmente:

À **Professora Doutora Fernanda Nogueira**, pela orientação, sugestões, apoio e disponibilidade manifestadas.

Ao **Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira**, pela amabilidade na autorização da adaptação do questionário.

Aos **Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE** por terem autorizado a realização deste trabalho.

Ao **Enfermeiro Belmiro Rocha** pelo encorajamento e pelas indicações e facilidades proporcionadas.

Às colegas **Enfermeiras da Unidade de Reabilitação Respiratória e do Serviço de Internamento de Pneumologia do CHVNG/E**, pelas facilidades proporcionadas, pela paciência e pela amizade.

Aos **utentes da URR do CHVNG/E**, pela disponibilidade de tempo e amabilidade essenciais à realização deste estudo.

Ao **André**, pela paciência e muito carinhoso apoio durante todo este tempo.

Ao **Pedro** e à **D. Helena** pela preciosa ajuda.

À família e amigos, pelo apoio e pela tolerância sempre presentes.

RESUMO

O desenvolvimento mundial tem implicações no âmbito social, cultural e económico-financeiro, pelo que as organizações, nomeadamente, as de saúde devem estar preparadas para se manterem e serem competitivas no mercado global. O investimento na área da qualidade permite à organização uma melhoria na *performance* financeira e como tal, competitividade no mercado. Um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços é a satisfação dos clientes, sendo esta uma preocupação crescente e uma prioridade, nos últimos anos, para os gestores e profissionais de saúde em geral.

Assim, o objectivo central deste estudo consiste em conhecer o nível de satisfação dos utentes da Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E) com os serviços prestados. O enquadramento teórico foi orientado de forma a permitir a identificação, a análise, o relacionamento e a melhor compreensão da satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E. A investigação empírica assentou num estudo exploratório, perfilhando uma orientação descritiva, analítica e correlacional, baseado numa abordagem metodológica predominantemente quantitativa, dado que a análise incidiu sobre o conteúdo de um questionário, sendo este administrado a uma amostra de 114 utentes que tiveram alta da URR entre 1 de Fevereiro e 30 de Abril de 2009.

Os resultados obtidos permitem concluir que os utentes da URR do CHVNG/E se encontram satisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados nesta unidade e com os resultados do programa de reabilitação respiratória, à excepção, de uma maneira geral, das variáveis: instalações sanitárias, estacionamento, participação nas decisões referentes à forma como foram tratados e conhecimento do enfermeiro responsável pelos seus cuidados.

De entre os resultados obtidos destaca-se, ainda, a identificação de três factores principais responsáveis pela satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E: (1) eficiência do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo; (2) gestão dos recursos físicos, do tempo de espera e do planeamento de alta; (3) eficiência do pessoal médico.

Palavras-chave: qualidade, satisfação, saúde, reabilitação respiratória, utentes.

ABSTRACT

The development of the world has implications at a social, cultural and finance-economical level, therefore the organizations, particularly those regarding health should be prepared to remain and be competitive in the global market. The investment in the area of quality allows an organization to improve its financial performance and therefore its competitiveness in the market. A valid indicator in evaluating the quality of services is the satisfaction of customers, which is a growing concern and a priority in recent years for managers and health professionals in general.

The aim of this study is to determine the level of satisfaction of users of the Respiratory Rehabilitation Unit (URR) of the Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E) with the services provided. The theoretical framework was guided to enable the identification, the analysis, the relationships and better understanding of satisfaction of users of the URR of CHVNG/E. The empirical research based on an exploratory study, adopting a descriptive, analytical and correlation orientation and based on a predominantly quantitative approach, since that the analysis focused on the content of a questionnaire, which was administered to a sample of 114 clients who were discharged from the URR between February 1 and April 30, 2009.

The results showed that the users of the URR of CHVNG/E are satisfied with the quality of the care in this unit and with the results of the respiratory rehabilitation program, except, in general terms, with the variables: toilets, parking, participation in decisions concerning the way they were treated and knowledge of nurses responsible for their care.

Among the results there is also the identification of three main factors that are responsible for the satisfaction of users of the URR of CHVNG/E: (1) efficiency of nursing and administrative staff, (2) management of physical resources, waiting time and discharge from respiratory rehabilitation program planning; (3) efficiency of physician staff.

Keywords: quality in health care, patient satisfaction, respiratory rehabilitation.

ÍNDICE

CAPÍTULO I - Da Problemática aos Objectivos do Estudo	1
--------------------------------------------------------------------	----------

CAPÍTULO II - Da Qualidade à Satisfação na Utilização dos Serviços	9
---------------------------------------------------------------------------------	----------

II.1 CONCEITO DE QUALIDADE.....	10
----------------------------------------	-----------

II.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS	12
-----------------------------------------	-----------

II.2.1 Percepção da qualidade em serviços de saúde.....	13
---------------------------------------------------------	----

II.2.2 Medição da qualidade em serviços de saúde	14
--------------------------------------------------------	----

II.3 SATISFAÇÃO DOS UTENTES	16
------------------------------------------	-----------

II.3.1 Evolução e Conceitos	17
-----------------------------------	----

II.3.2 Dimensões da Satisfação	19
--------------------------------------	----

II.3.3 Métodos e Técnicas para a Avaliação da Satisfação	20
----------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO III - Dos Processos de Reabilitação Respiratória à Prestação de Cuidados na URR do CHVNG/E	23
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

III.1 CONCEITO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	25
---------------------------------------------------------	-----------

III.1.1 Organização de um Programa de Reabilitação Respiratória	26
-----------------------------------------------------------------------	----

III.1.1.1 Selecção e Avaliação do Doente	27
------------------------------------------------	----

III.1.1.2 Treino de Exercícios.....	28
-------------------------------------	----

III.1.1.3 Educação do Utente.....	30
-----------------------------------	----

III.1.1.4 Nutrição na Reabilitação Respiratória	33
-------------------------------------------------------	----

III.1.1.5 Intervenção Psicossocial.....	34
-----------------------------------------	----

III.1.1.6 Avaliação de um Programa de Reabilitação Respiratória.....	34
----------------------------------------------------------------------	----

III.1.1.7 Estratégias para a Manutenção dos Efeitos de um Programa de Reabilitação Respiratória	37
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

III.2 O PROCESSO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA URR DO CHVNG/E	37
------------------------------------------------------------------------------	-----------

III.2.1 URR do CHVNG/E: Da sua constituição à prestação de serviços	40
---------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO IV - Metodologia do Estudo 42

IV.1	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	44
IV.1.1	Opções Metodológicas.....	44
IV.1.2	Questões e Hipóteses de Investigação.....	47
IV.1.3	População e Amostra.....	48
IV.1.4	Fonte de Dados.....	49
IV.1.5	Arquitectura do Questionário.....	50
IV.1.6	Operacionalização das Variáveis.....	53
IV.1.7	Registo e Verificação de Dados.....	55
IV.2	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DE DADOS.....	55
IV.2.1	Análise Factorial Exploratória.....	56

CAPÍTULO V - Da Caracterização Geral da Amostra à Satisfação dos Utentes da URR do CHVNG/E 58

V.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	60
V.1.1	Características Demográficas e Descritivas dos Respondentes.....	60
V.1.1.1	Dados Pessoais.....	61
V.1.1.2	Rendimentos Mensais.....	64
V.1.1.3	Relação do Utente com o CHVNG/E.....	65
V.1.2	Informação Descritiva sobre o Processo de Admissão e de Permanência na URR do CHVNG/E.....	66
V.1.2.1	Dados sobre o Programa de Reabilitação Respiratória.....	66
V.1.3	Avaliação de Múltiplos Aspectos dos Cuidados na URR.....	71
V.1.3.1	Admissão.....	71
V.1.3.2	Cuidados na URR do CHVNG/E.....	72
V.1.3.3	Informações.....	74
V.1.3.4	Pessoal de Enfermagem.....	75
V.1.3.5	Pessoal Médico.....	77
V.1.3.6	Outro Pessoal.....	78
V.1.3.7	Condições das Instalações.....	79
V.1.3.8	Alta.....	83
V.1.4	Avaliação Geral da Qualidade dos Cuidados Prestados.....	85
V.1.4.1	Opinião Geral.....	85
V.1.5	Avaliação da Satisfação com os Cuidados Prestados.....	86
V.1.5.1	Satisfação Global.....	86
V.1.6	Intenção de Voltar à URR e Recomendá-la a Familiares e/ou Amigos.....	89
V.1.7	Questões de Opinião Geral.....	91

V.1.8	Avaliação do Estado de Saúde Actual.....	95
V.2	IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS FACTORES DE SATISFAÇÃO.....	99
V.2.1	Análise factorial das dimensões da satisfação dos utentes da URR.....	100
V.3	MODELO DA QUALIDADE DA URR DO CHVNG/E NA ÓPTICA DO UTENTE	102
 CAPÍTULO VI - Reflexões Finais		104
 BIBLIOGRAFIA.....		117
 ANEXOS		125
 ANEXO I Autorizações Solicitadas		126
 ANEXO II Instrumento de recolha de dados		129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1: Estrutura Sumária do Estudo	8
Figura 2.1: Qualidade dos Serviços de Saúde	16
Figura 3.1: Percurso do doente na URR.....	40
Figura 4.1: Desenho da investigação.....	44
Figura 4.2: Dimensões da avaliação da qualidade da URR do CHVNG/E na óptica do utente	52
Figura 5.1: Distribuição dos inquiridos pelos concelhos de origem.....	61
Figura 5.2: Distribuição dos inquiridos por género.....	61
Figura 5.3: Distribuição dos inquiridos por grupos etários	62
Figura 5.4: Distribuição dos inquiridos pelo estado civil.....	62
Figura 5.5: Distribuição dos inquiridos pela situação profissional	63
Figura 5.6: Distribuição dos inquiridos pelo grau de ensino.....	63
Figura 5.7: Distribuição dos inquiridos pelo rendimento mensal médio, depois dos descontos	64
Figura 5.8: Distribuição dos inquiridos pelo rendimento líquido mensal médio do agregado familiar	64
Figura 5.9: Distribuição dos inquiridos pelos laços familiares a funcionários do CHVNG/E	65
Figura 5.10: Distribuição dos inquiridos pelo número de vezes que recorrem à URR	66
Figura 5.11: Tratamentos na consulta externa ou internamento do CHVNG/E	67
Figura 5.12: Dificuldades de transporte no acesso ao CHVNG/E e no regresso a casa.....	67
Figura 5.13: Especificação das dificuldades de transporte.....	67
Figura 5.14: Processo de admissão	68
Figura 5.15: Tempo, em dias, que os inquiridos esperaram para realizar este programa de reabilitação respiratória	68
Figura 5.16: Apreciação dos inquiridos relativamente ao tempo de espera	69
Figura 5.17: Marcação de consulta de seguimento após a alta.....	69
Figura 5.18: Informação sobre como reclamar em caso de necessidade.....	70
Figura 5.19: Distribuição da alteração da condição de saúde dos inquiridos após a realização do programa de reabilitação respiratória	98
Figura 5.20: Modelo da Qualidade da URR do CHVNG/E na óptica do utente	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.1: Questões e técnicas estatísticas	60
Quadro 5.2: Súmula dos dados pessoais	65
Quadro 5.3: Número de sessões do programa de reabilitação respiratória.....	69
Quadro 5.4: Súmula dos dados do programa de reabilitação respiratória.....	70
Quadro 5.5: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao processo de admissão	71
Quadro 5.6: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação aos cuidados na URR	73
Quadro 5.7: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à informação.....	74
Quadro 5.8: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao pessoal de enfermagem.....	75
Quadro 5.9: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao pessoal médico	77
Quadro 5.10: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao outro pessoal.....	78
Quadro 5.11: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação às condições das instalações.....	80
Quadro 5.12: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à alta	83
Quadro 5.13: Súmula da avaliação de múltiplos aspectos dos cuidados na URR.....	84
Quadro 5.14: Distribuição da opinião geral dos inquiridos em relação às condições da URR	85
Quadro 5.15: Súmula da avaliação geral da qualidade dos cuidados prestados	86
Quadro 5.16: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à satisfação global	87
Quadro 5.17: Súmula da avaliação da satisfação com os cuidados prestados.....	89
Quadro 5.18: Distribuição da intenção dos inquiridos de voltar à URR ou recomendá-la a familiares e/ou amigos	90
Quadro 5.19: Súmula da avaliação de múltiplos aspectos dos cuidados na URR.....	90
Quadro 5.20: Razões pelas quais os utentes voltariam à URR.....	91
Quadro 5.21: Aspectos do hospital/URR que necessitam ser melhorados.....	93
Quadro 5.22: Surpresas agradáveis durante o programa de reabilitação respiratória.....	94
Quadro 5.23: Súmula da avaliação do estado de saúde actual	99
Quadro 5.24: Satisfação dos utentes da URR: análise factorial dos componentes principais, após rotação varimax	101

LISTA DE SIGLAS

AACPR – *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation*

APT – Associação Portuguesa de Têxteis e Vestuário

ATS – *American Thoracic Society*

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – *European Respiratory Society*

EUA – Estados Unidos da América

IAQH – Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

VDNI – Ventilação Domiciliária Não Invasiva

**CAPÍTULO I -
Da Problemática aos
Objectivos do Estudo**

Se não estão a pensar no cliente, não estão a pensar.

Theodore Levitt (s. d.), guru de marketing

A saúde é um bem essencial para todos os indivíduos; é um valor reconhecido universalmente, transversal a todas as sociedades. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social e não só a ausência de doença ou enfermidade. De facto, as pessoas, mesmo quando estão com saúde, continuam a demonstrar interesse e vontade de participar como indivíduos nas estruturas de prestação de cuidados de saúde porque se revêem sempre potenciais consumidoras dos mesmos e como cidadãos porque têm interesse em manter ou melhorar o bom desempenho das instituições.

O desenvolvimento mundial tem implicações no âmbito social, cultural e económico-financeiro, pelo que as organizações, nomeadamente, as de saúde devem estar preparadas para se manterem e serem competitivas no mercado global. O investimento na área da qualidade permite à organização uma melhoria na *performance* financeira e, como tal, competitividade no mercado. Mas para que tal ocorra é necessário que se verifique a satisfação dos clientes.

No entanto, a procura dos cuidados de saúde depende também da oferta, isto é, os profissionais de saúde induzem, em larga medida, a natureza e a quantidade da procura. Todavia, essa procura provém também das necessidades sentidas pelo consumidor, do seu meio ambiente, estilo de vida e condições sócio-económicas, de modo que o consumidor nem sempre conhece ou pode avaliar os custos futuros e o valor dos cuidados que vai receber (Fortuna *et al.*, 2001).

As organizações de saúde devem ter consciência da percepção da qualidade dos seus clientes em relação ao serviço ou produto oferecidos pela mesma. Os resultados favoráveis à satisfação dos clientes ou, eventualmente, desfavoráveis conduzem a uma

reflexão por parte dos órgãos competentes no sentido de potenciar acções correctivas e melhorar dos serviços ou produtos prestados.

A satisfação do cliente é, portanto, um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços. Deste modo, a preocupação com a satisfação em serviços de saúde tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral. Assim, a satisfação com os serviços tem vindo a afirmar-se, gradativamente, como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Foi com base nestas premissas que se sentiu a necessidade de conhecer a satisfação dos clientes/utentes da Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E).

Optou-se por realizar a investigação no serviço supracitado por motivos de interesse profissional e facilidade de acesso concedida, embora tendo em mente a necessidade de distanciamento da realidade vivida para que o estudo fique isento de opiniões pessoais. Por outro lado, a referida unidade hospitalar sofreu recentemente o processo de empresarialização hospitalar. Este processo insere-se, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), “numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde, que pressupõe a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente”.

Desde a sua criação até aos dias de hoje o CHVNG/E, EPE sofreu várias alterações como consequência das necessidades da população a que dá resposta e das reformas do sistema de saúde português.

No final do séc. XIX e nas primeiras décadas do séc. XX, a tuberculose assolou Portugal. Por esta razão, a Rainha D. Amélia ordenou a construção de uma rede de sanatórios pelo país. Um destes sanatórios encontrava-se localizado na margem esquerda do Douro, em Vila Nova de Gaia, e foi posteriormente cognominado Sanatório D. Manuel II, em honra do último rei de Portugal. Nos anos 60, com a descoberta de novos fármacos, a tuberculose começou a desaparecer e o sanatório perdeu a sua utilidade original, sendo reconvertido nos anos 70 em hospital geral e central, mantendo no entanto a sua vocação pneumológica. Mais tarde, mudanças estruturais no sector da saúde em Portugal levaram à criação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (Decreto-Lei 50A/2007 de 28 de Fevereiro), no qual foram incluídas outras unidades. O CHVNG/E, EPE é constituído pelo Hospital Eduardo dos Santos Silva (Unidade I), pelo Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II) e pelo Hospital Nossa Senhora da Ajuda em Espinho

(Unidade III). O Hospital Eduardo Santos Silva, onde fica localizada a URR, é um hospital central, localizado no sopé do Monte da Virgem.

Sem prejuízo do princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o CHVNG/E, serve, preferencialmente, a população da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de referenciação hospitalar, cerca de 700 mil habitantes. Para todas as especialidades, assiste os concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, com mais de 330 mil habitantes. Para as especialidades de diferenciação intermédia, serve os concelhos de Entre Douro e Vouga, com mais 350 mil habitantes. Contudo, para as especialidades de elevada diferenciação – onde se encontram Cirurgia Cardiorácica, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica, Medicina de Reprodução e Pneumologia –, acolhe as populações de todos os concelhos a Norte do rio Vouga.

A par das mudanças sofridas no sector da saúde, mais concretamente nestes últimos anos, o conceito de hospital mudou consideravelmente. Esta alteração deveu-se, por um lado, ao papel que esta unidade hospitalar desempenha nos sistemas de saúde da maioria dos países e, por outro lado, à necessidade de sobrevivência da instituição face à procura cada vez maior dos serviços, aos custos cada vez mais elevados dos cuidados de saúde e aos orçamentos governamentais para a saúde mais reduzidos. Para fazer face a estas situações, a gestão hospitalar tem de se ir adaptando e acompanhando as leis de mercado. Assiste-se, portanto, à passagem de uma organização totalmente subsidiada por verbas públicas, para uma organização mais auto-suficiente economicamente, mantendo no entanto a qualidade dos serviços prestados (Lodoño, Morera e Lacerda, 2003).

Compreende-se, por conseguinte, que a gestão hospitalar possui actualmente características distintas das de um passado ainda recente, que, associadas aos avanços tecnológicos e científicos, constituem os principais factores motivadores para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo quando se pretende oferecer mais garantias aos clientes/utentes (Simões, 2006).

Desde há alguns anos que se tem verificado, em Portugal, uma crescente preocupação com a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, como indicador válido na avaliação da qualidade. Porém, as investigações que se têm vindo a realizar neste âmbito, só agora começam a interessar e a serem valorizadas pelos gestores, devido ao actual binómio custos/qualidade e à necessária mudança de comportamento das instituições de saúde, no sentido de melhorarem continuamente a qualidade dos serviços prestados e manterem a lealdade dos seus clientes/utentes.

Segundo Cardoso (2002), a necessidade de «bons cuidados» é tão antiga como a existência do Homem. Só assim se justifica que a prestação de cuidados elementares, prestados por leigos, tenha evoluído para os cuidados altamente diferenciados que se pode usufruir, actualmente, nos serviços de saúde.

Hoje em dia, os clientes/utentes estão mais conhecedores e cientes dos seus direitos, exigindo, enquanto financiadores dos serviços públicos através dos seus impostos e taxas, mais e melhores cuidados de saúde e serviços que vão de encontro às suas expectativas e satisfaçam as suas necessidades. Tal como refere Simões (2006), os clientes/utentes esperam de cada instituição não só a cura, mas também a aquisição de conhecimentos que lhes permitam melhorar a qualidade de vida. É neste último paradigma que se insere a URR do CHVNG/E.

A reabilitação respiratória é uma vertente da medicina respiratória, hoje considerada como complemento terapêutico médico-cirúrgico estabelecido individualmente. Cumpre o objectivo de melhorar a *performance* cardio-respiratória, minimizando o grau de insuficiência e incapacidade, e assim, atenuar a desvantagem social decorrente das doenças respiratórias crónicas, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

É preocupante como as doenças crónicas, incluindo as doenças crónicas respiratórias, são a maior causa de mortalidade do mundo. De facto, mais de quatro milhões de pessoas morrem por ano vítimas das doenças respiratórias crónicas e centenas de milhões de pessoas são afectadas por estas doenças (OMS, 2008; DGS, 2008).

Além do impacto negativo que têm na qualidade de vida dos doentes, as doenças respiratórias crónicas provocam a morte prematura e têm efeitos adversos a nível económico tanto nas famílias, como na sociedade em geral (DGS, 2008).

Vários estudos têm demonstrado que a adopção da reabilitação respiratória como parte integrante do tratamento dos portadores de doença respiratória crónica reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao exercício físico e melhora a qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, também se tem demonstrado o seu contributo para a redução dos custos com os cuidados de saúde destes doentes (AACPR, 2006).

Contudo, em Portugal ainda são poucos os centros de reabilitação respiratória tal como é hoje entendida, sendo por isso, poucos os doentes que dela beneficiam. Muito trabalho tem vindo a ser feito nos últimos anos, de reorganização dos serviços de Pneumologia e Fisiatria, no sentido de dotar a maior parte dos hospitais de programas de

reabilitação respiratória, sendo também uma prioridade o investimento em programas domiciliários, que permitirão um maior número de doentes correctamente tratados.

Decorrente do exposto, entende-se que a adesão do utente ao programa de reabilitação respiratória está associada à satisfação com o serviço prestado. Surge, desta forma, a necessidade de conhecer a satisfação dos utilizadores da Unidade de Reabilitação Respiratória do CHVNG/E, de forma a avaliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Dito de outra forma, pretende-se com a realização desta investigação avaliar qual o nível de satisfação dos utentes da Unidade de Reabilitação Respiratória com os serviços prestados.

Considerou-se que a avaliação da satisfação do utente da URR do CHVNG/E deveria ser aprofundada englobando não só a qualidade técnica dos cuidados, como também a qualidade dos cuidados relacionais, o apoio emocional, a comunicação entre os profissionais e o utente, a acessibilidade aos cuidados, a coordenação e continuidade dos cuidados, as condições das instalações e equipamentos e a satisfação global com o serviço prestado.

Posto isto, definiu-se como objectivo central deste estudo: conhecer o nível de satisfação dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória com os serviços prestados. Pretende-se que esta investigação, para além da perspectiva académica, contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na URR do CHVNG/E, disponibilizando aos responsáveis da instituição os resultados obtidos.

Quanto aos objectivos específicos pode-se desde já identificar os seguintes:

- Analisar o nível de satisfação global dos utentes com a URR;
- Identificar quais as dimensões da URR que mais contribuem para a satisfação dos utentes;
- Perceber se existe uma qualquer relação entre os serviços prestados, a satisfação com a URR e a percepção que os doentes detêm sobre a sua própria saúde;
- Tirar conclusões que permitam melhorar ainda mais os cuidados prestados na URR.

A avaliação da qualidade dos serviços pode ser feita através de diferentes perspectivas, contudo esta investigação centra-se na perspectiva do cliente/utente final dos cuidados de saúde. A avaliação da satisfação do cliente com os cuidados prestados deve ser tida como um acto normal e desejável, já que é através desta que se obterá informações primordiais para planear, (re)orientar e coordenar as actividades necessárias para melhorar

a qualidade do serviço, indo de encontro às necessidades e expectativas dos clientes, dentro da medida do possível.

Deste modo, pretende-se com esta investigação identificar áreas-chave para a satisfação dos utentes da URR, identificando assim possíveis melhorias para o futuro através das variáveis prioritárias detectadas.

Com base na problemática e nos objectivos desta investigação, o presente trabalho foi estruturado em seis capítulos (figura 1.1).

No Capítulo I começa-se por realizar uma pequena abordagem ao tema, focando a sua problemática, definindo dos objectivos da investigação e indicando as razões pelas quais se escolheu esta área de estudo.

Os Capítulos II e III são dedicados ao enquadramento teórico, esclarecendo-se os conceitos mais relevantes para a temática em estudo: Qualidade e Satisfação dos utentes dos Serviços de Saúde, e a Reabilitação Respiratória na URR do CHVNG/E.

No Capítulo IV apresentam-se os métodos e técnicas utilizados e as considerações teóricas sobre a análise de dados.

O Capítulo V diz respeito à caracterização da amostra e à análise da satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E inquiridos, assim como dos factores que mais a influenciam. Por fim, efectua-se a identificação de outros factores de satisfação e procede-se à apresentação dos resultados e conclusões da aplicação das metodologias seleccionadas.

No Capítulo VI faz-se uma breve reflexão sobre a temática e uma síntese dos resultados obtidos, tecendo algumas recomendações que se consideram pertinentes e adequadas à compreensão do tema em estudo. São, também, analisados os aspectos positivos e negativos deste trabalho, mencionando as suas limitações, potencialidades e apresentando linhas gerais para o desenvolvimento de estudos futuros nesta área.

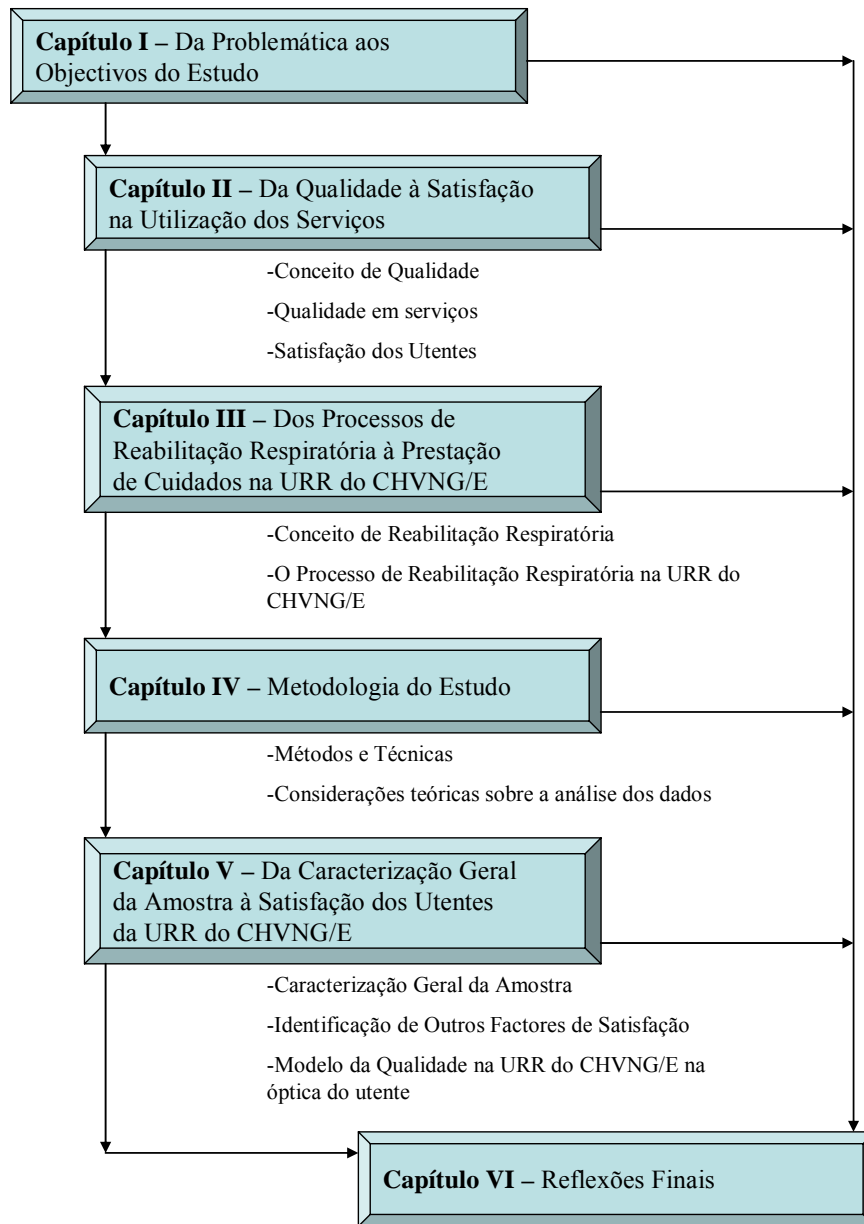


Figura 1.1: Estrutura Sumária do Estudo

**CAPÍTULO II -
Da Qualidade à Satisfação
na Utilização dos Serviços**

A qualidade é a totalidade dos elementos e das características de um produto, ou serviço, que influenciam a sua capacidade de satisfazer as necessidades declaradas ou implícitas.

Sociedade Americana para o Controlo da Qualidade (s. d.)

A busca crescente da sociedade relativamente a serviços de qualidade originou a necessidade de modificações nas especificidades destes e uma maior exigência feita aos fornecedores dos vários tipos de serviços, não deixando de fora deste novo paradigma os serviços de saúde.

Assim, é importante conhecermos o que se entende por qualidade e como se determina a qualidade em serviços, mais especificamente nos serviços de saúde.

II.1 CONCEITO DE QUALIDADE

O termo qualidade é subjectivo, podendo ter vários significados em função dos sujeitos e do contexto. Encontram-se na literatura vários conceitos para este termo, não existindo consenso entre os diversos autores.

De acordo com Pires (2004: 24), citando alguns autores clássicos, qualidade é: “aptidão ao uso” (Juran, 1974), “conformidade com as especificações” (Crosby, 1979), “perda para a sociedade, causada pelo produto, após a sua expedição” (Taguchi e Wu, 1979).

Existem, portanto, várias definições de qualidade, por exemplo, segundo a NP EN ISO 8402:1997 (citado por APT, 2000: 9), qualidade é “um conjunto de características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas”.

Já Deming (citado por Pires, 2004: 27) propunha que “as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade”. Dentro da organização deveria existir um movimento contínuo de melhorias.

Nesta linha de pensamento, Ganhão (1991: 11) define qualidade como “a aptidão que os produtos e serviços têm para satisfazer as necessidades e expectativas do mercado”.

Besterfield (1986) acrescenta que qualidade é o conjunto de características dum produto ou serviço que contribui para a satisfação das necessidades do cliente. Estas necessidades podem englobar o preço, a segurança, a disponibilidade, a manutenção, a reutilização e a viabilidade do produto ou serviço.

Ainda segundo este autor, quando se utiliza a expressão ‘produto de qualidade’, geralmente pensa-se num produto ou serviço excelentes que excedem as expectativas do cliente.

A qualidade é um conceito dinâmico (em constante mudança) e subjectivo, relacionado com as necessidades e expectativas dos clientes. Só estes podem determinar os requisitos de um produto ou serviço através das suas expectativas e da aceitação do produto ou serviço (Hradesky, 1995).

Actualmente, as organizações adoptaram ou estão a adoptar um sistema de gestão alternativo ao tradicional: a gestão pela qualidade total. Esta objectiva a melhoria contínua de produtos e serviços e deste modo, aumentar a satisfação dos clientes face às permanentes mutações dos mercados.

De acordo com a APT (2004: 13) a “preocupação com a qualidade não se limita aos produtos e expande-se a todas as áreas da organização, incluindo, a rapidez de resposta, os recursos humanos, as partes interessadas (clientes, fornecedores, sociedade em geral, accionistas, colaboradores, etc.).”

A qualidade total, segundo Pires (2004: 46), deve ser entendida como a cultura da organização, baseando-se em cinco grandes princípios: 1) Empenhamento da gestão de topo; 2) Objectivos de satisfação do cliente; 3) Processo contínuo de melhoria da qualidade; 4) Qualidade entendida como um problema de toda a gente; 5) Gestão dos resultados económicos da qualidade.

Ainda com base no mesmo autor, uma cultura organizacional assente na gestão pela qualidade total traz benefícios, tais como: satisfação dos clientes, melhoria contínua, eliminação do desperdício, satisfação dos clientes internos, comunicação efectiva e atitudes positivas.

Posto isto, verifica-se que a maioria das definições de qualidade incide numa abordagem baseada no cliente, afirmando que a qualidade percebida pelo cliente deve corresponder ou superar as suas expectativas. No entanto, um possível constrangimento advém de se basear a definição de qualidade em expectativas: é que as expectativas podem variar de consumidor para consumidor. E além das expectativas poderem ser diferentes, as percepções, isto é, a forma como os clientes “percebem” um produto, também está sujeita a variações individuais (Slack, Johnston, e Chambers, 2002).

II.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS

Actualmente, a qualidade de serviços distingue-se da qualidade de produtos pela sua subjectividade, contemplando aspectos ligados às relações humanas. De acordo com Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), os serviços diferem de produtos no que se refere à forma como são produzidos, consumidos e avaliados.

Sendo os serviços intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados, e heterogéneos, pois diferem consoante o fornecedor, o cliente e o momento em que é prestado, é difícil a sua padronização para se conseguir avaliar a qualidade dos mesmos. Assim, o processo de prestação do serviço pode ser muito mais relevante do que o seu próprio resultado (Gianesi e Corrêa, 1994).

Já para Grönroos (1990), os consumidores escolhem os prestadores de serviços comparando as percepções do serviço recebido com o serviço esperado, o que se denomina “qualidade de serviço percebida”. Se os serviços prestados forem ao encontro das expectativas do cliente então, a qualidade percebida do serviço é boa.

Grönroos (2004) afirma ainda que a qualidade percebida de um serviço pode ter duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão funcional. A dimensão técnica está relacionada com o resultado do processo que produz um determinado serviço. Esta reporta-se a “o que” o cliente recebe e ao que fica com o cliente quando o processo de produção termina. A dimensão funcional está relacionada com o processo/método de produção do serviço, ou seja, a “como” o cliente recebe e vivencia o serviço.

A dimensão funcional apontada por este autor reforça a importância do processo e das interações que ocorrem durante o mesmo, na percepção do cliente da qualidade do serviço.

Esta ideia é corroborada por Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) que indicam que a qualidade do serviço, na óptica do utente, é definida pela extensão da discrepância existente entre as expectativas ou desejos dos clientes e as suas percepções sobre o serviço vivenciado.

Nesta perspectiva Slack, Johnston, e Chambers (2002) apresentam três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes:

- Expectativas < Percepções: a qualidade percebida é boa.
- Expectativas = Percepções: a qualidade percebida é aceitável.
- Expectativas > Percepções: a qualidade percebida é pobre.

Embora as percepções de um serviço sejam subjectivas, compete aos gestores dos serviços tentar conhecer as expectativas dos seus clientes para então procurar melhorias de desempenho que favoreçam uma percepção positiva.

Assim, a qualidade percebida está intrinsecamente ligada com o nível de satisfação do cliente, logo a satisfação do cliente depende da diferença entre o desempenho percebido e as expectativas (Kotler, 1998).

II.2.1 Percepção da qualidade em serviços de saúde

A evolução da qualidade em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros sectores e utiliza de forma adaptada os conceitos desenvolvidos para a indústria e serviços.

Deste modo, como em qualquer outra actividade de carácter público ou privado, os prestadores de saúde devem estabelecer níveis e padrões de qualidade para servirem os seus utentes, o que é provavelmente mais difícil do que noutros tipos de serviços. Isto acontece não só porque está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde.

Donabedian (1990), considerado o fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como disciplina reconhecida, apresenta três componentes potenciais da avaliação dos serviços de saúde:

- **Estrutura:** são os recursos organizacionais e profissionais que estão à disposição para se oferecerem os serviços.
- **Processo:** referente ao próprio atendimento, ou seja, a todas as actividades desenvolvidas pelo e para o utente durante o tratamento.
- **Resultado:** é o produto final da assistência, podendo-se distinguir dois tipos de resultados: técnicos, relacionados com os aspectos físicos, e funcionais dos cuidados, e interpessoais (psico-sociais). Estes últimos englobam a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos e a influência dos cuidados na qualidade de vida percebida.

Reconhece-se que algumas definições de qualidade nos serviços de saúde enfatizam a perfeição técnica e as interacções entre os profissionais de saúde e os utentes. A qualidade técnica possui duas dimensões: a aplicabilidade dos serviços e a competência com que os cuidados são prestados. A óptima qualidade técnica consiste em “fazer as coisas certas correctamente”. Por outro lado, a qualidade de interacção entre o profissional de saúde e o utente deriva de muitos factores como a qualidade de comunicação, a capacidade de manter a confiança do utente e a capacidade de tratar o utente com interesse, empatia, honestidade, tacto e sensibilidade (Donabedian, 1988).

Assim, compreende-se que é essencial prestar serviços de alta qualidade para satisfazer os clientes.

As definições mais recentes de qualidade nos serviços de saúde indicam que os serviços devem ir ao encontro das expectativas dos utentes, respondendo aos valores e preferências destes, já que as suas opiniões são um importante indicador de qualidade (Blumental, 1996).

II.2.2 Medição da qualidade em serviços de saúde

O controlo e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde deixaram de estar ao critério de cada profissional de saúde, como até há pouco tempo acontecia. A qualidade

dos serviços de saúde tem-se alterado muito e a capacidade de a medir melhorou bastante, despertando o interesse quer dos profissionais, obtendo informações objectivas sobre o seu desempenho profissional, quer dos utentes, que ficam a conhecer a qualidade dos serviços que podem utilizar (Brook, McGlynn e Cleary, 1996).

Para medir a qualidade existem, hoje em dia, métodos eficientes e sofisticados que se podem basear na estrutura, no processo ou nos resultados. Se utilizadas convenientemente, tanto as medições do método como dos resultados podem fornecer informações úteis sobre a qualidade dos serviços. Os resultados da avaliação variam de acordo com a metodologia utilizada (Brook, McGlynn e Cleary, 1996).

A maneira mais conhecida e tradicional de medir a qualidade dos serviços de saúde é evidenciada nas expectativas e percepções dos utentes. O modelo Servqual (Modelo Conceptual de Qualidade do Serviço), desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988), Lytle e Mokwa (1992), é um exemplo desta, identificando três tipos de benefícios nos serviços de saúde: benefícios centrais (o núcleo do produto ou do resultado que o utente espera alcançar); benefícios intangíveis (a interacção entre o médico e o utente, baseada na confiança, empatia, credibilidade) e benefícios tangíveis (a localização e o aspecto físico das instalações, a sua decoração e o pessoal).

Já Ware *et al.* (1978), citados por Sargeant (1999), pesquisaram a medida e o significado da satisfação dos utentes e reconheceram quatro dimensões que afectam a percepção destes relativamente à qualidade dos serviços de saúde.: a conduta do profissional de saúde, a disponibilidade dos serviços, a confiança e a eficiência ou resultado obtido pelo tratamento.

Outros estudos acerca da satisfação dos utentes dos serviços de saúde dão ênfase à interacção do profissional de saúde com o paciente, conveniência, acessibilidade, tempos de espera, possibilidade de escolha, qualidade de informação, quantidade de serviços disponíveis, natureza dos problemas de saúde dos pacientes e os antecedentes demográficos desses mesmos pacientes (Brown e Swartz, 1989; Singh, 1990; Sage, 1991).

É importante referir que, embora os factores mencionados possam influenciar a percepção da qualidade dos serviços de saúde, esta percepção recai essencialmente no ponto de vista do utente.

A figura 2.1, de elaboração própria, pretende esquematizar a qualidade dos serviços de saúde: os componentes através dos quais pode ser avaliada; por que perspectivas pode

ser a analisada (quem avalia); a sua relação com a satisfação dos utentes; e os aspectos que influenciam a satisfação dos utentes.

De salientar que a qualidade dos serviços de saúde pode ser analisada sob a óptica dos profissionais de saúde, dos gestores/administradores e dos utentes. É sob a óptica dos utentes que neste estudo se pretende avaliar a qualidade.

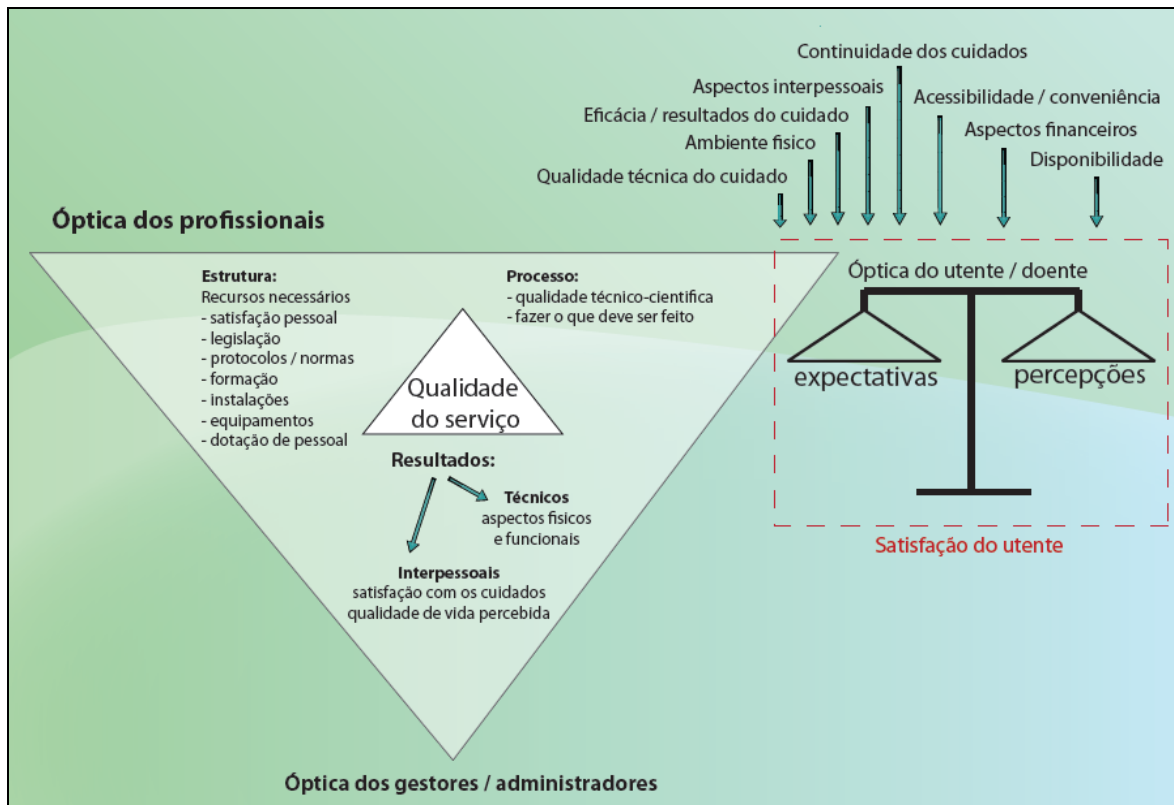


Figura 2.1: Qualidade dos Serviços de Saúde

II.3 SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Tal como se tem vindo a referir, a satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade de um determinado serviço de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde deve ser avaliada tendo em conta a perspectiva do utente, já que estes são elementos participativos nos cuidados de saúde.

Em Portugal é reconhecida a opinião do utente, encontrando-se legislada na base XXX da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Deste modo, a satisfação do utente é considerada um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde.

A avaliação da satisfação do utente traz benefícios para os profissionais e gestores de saúde, visto que permitem a identificação de áreas potenciais dos serviços que carecem de melhorias, assim como otimizar os gastos em saúde através do planeamento e avaliação baseada na percepção dos utentes.

II.3.1 Evolução e Conceitos

O conceito de “satisfação do utente” numa perspectiva teórica refere-se às diversas reacções do utente face à experiência dos cuidados de saúde. É um termo difícil de definir pois reveste-se de uma natureza subjectiva, já que se tenciona obter a perspectiva do utente relativamente aos cuidados de saúde prestados. (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001; Fortuna *et al.*, 2001).

Por isso, tal como refere Fortuna *et al.* (2006: 57), “um dos mitos que envolvem a satisfação dos utentes é o facto de se tratar de uma noção pouco palpável e que não pode ser medida”. No entanto, devido ao crescente interesse e exigência nesta área, a avaliação da satisfação do utente está a tornar-se rapidamente uma ciência.

São várias as definições e níveis de análise que se podem encontrar na literatura sobre a satisfação do utente. Linder-Pelz (1982) afirma que a satisfação dos utentes é uma postura individual, resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde. Esta deve ser compreendida dentro de um determinado contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente.

Segundo Greene, Weinberger e Manlin (1990), a satisfação relaciona-se com a forma como as expectativas dos cuidados são percebidas pelos utentes. Assim, a satisfação define-se através de um elaborado processo psicossocial que abrange as expectativas dos utentes, o produto dos cuidados, as experiências prévias e as expectativas relativamente à cura ou recuperação. Deste modo, o conceito de satisfação pode ser definido como o cumprimento das expectativas e necessidades dos utentes de acordo com a sua perspectiva.

Já para John (1992), a satisfação do utente corresponde a uma reacção emocional dada em consonância da avaliação que este faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Como tal, essa resposta emocional é determinada pela confirmação ou infirmação das suas expectativas.

Indo de encontro às várias definições apresentadas, Carr-Hill (1992: 237) declara que a «satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade».

Posto isto, a satisfação pode ser medida através das percepções dos utentes e é definível enquanto resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões dos cuidados de saúde ou como reacção a aspectos específicos dos cuidados prestados. Esta analisa a avaliação cognitiva e a reacção emocional do paciente à estrutura, ao processo e/ou ao resultado dos cuidados (Santos, 1993).

Como se pode constatar, existem várias definições deste conceito mas, comum a todas estas concepções, é a definição da satisfação do utente como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001). Assim, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e as expectativas prévias.

A satisfação do utente não só se assume como um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde, onde o utente tem um papel fundamental na avaliação dos cuidados a que é sujeito, como parece estar directamente relacionada com a adesão ao regime terapêutico. Tem-se observado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com o profissional actual e manter um estado de saúde melhor (Fitzpatrick, 1993; Leventhal, Zimmerman e Gutman, 1984).

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e porque razão. É, contudo, igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

Embora o conceito de satisfação do utente não seja em certa medida consensual, parece haver acordo no que concerne à natureza multidimensional do mesmo, ou seja os utentes possuem opiniões muito distintas sobre aspectos diferentes dos cuidados de saúde,

sendo uma das distinções importantes: o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001).

II.3.2 Dimensões da Satisfação

Os estudos efectuados no âmbito da satisfação dos utentes têm revelado que são vários os factores que influenciam a avaliação do utente relativamente aos cuidados prestados. Pese embora o esforço dessas investigações, ainda se sabe pouco sobre a natureza ou o número de factores que influenciam a satisfação. Os resultados encontrados na literatura são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas.

As dimensões da satisfação englobam aspectos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos da relação médico-paciente, entre outros. A escolha destas dimensões condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios utilizados na selecção dos métodos.

Diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido propostas, algumas adequadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras procurando um modelo mais abrangente.

A divisão mais identificada na literatura e a mais frequentemente aceite é a referenciada por Ware *et al.* (1983). Segundo estes investigadores, a satisfação do utente engloba oito dimensões: (1) aspectos interpessoais (modo como os prestadores interagem com os utentes: respeito, preocupação, amizade, cortesia); (2) qualidade técnica do cuidado (competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento); (3) acessibilidade/conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso); (4) aspectos financeiros; (5) eficácia/resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde); (6) continuidade dos cuidados; (7) ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável); (8) disponibilidade (presença de recursos médicos: quantidade suficiente de prestadores).

Todos estes aspectos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. No entanto, cada instituição/serviço pode dar preferência apenas a alguns desses aspectos, em concordância com os objectivos ou necessidades de informação (Franco e Florentim, 2006).

De salientar que para melhor entender as fontes de satisfação e insatisfação dos utentes, as dimensões da satisfação dos utentes devem ser analisadas separadamente, conforme os objectivos do estudo (Franco e Florentim, 2006).

II.3.3 Métodos e Técnicas para a Avaliação da Satisfação

Múltiplos estudos sobre a satisfação do utente têm sido reportados nos recentes anos, onde são utilizadas diferentes metodologias, com vários tipos de questionários e escalas utilizadas de acordo com a finalidade e âmbito do estudo.

Os métodos quantitativos são os mais utilizados, principalmente os questionários ou os inquéritos populacionais. Estes incluem a aplicação de questionários com questões fechadas e associam as questões a uma escala de valores, para mensurar as respostas e quantificar a satisfação (Aspinal *et al.*, 2003). A vantagem destes métodos é permitir uma amostra de utentes mais representativa da população, o que é dificilmente obtido nas outras metodologias.

Além disso, são consideradas técnicas de fácil manuseamento, pois podem ser administradas anonimamente, dispensando a presença de um investigador ou entrevistador treinado quando o questionário é auto-aplicável.

Geralmente, são utilizadas escalas e questionários compostos de subitens que englobam questões sobre a estrutura, funcionamento e avaliação da qualidade do serviço de saúde na óptica do utente.

Por outro lado, há autores que consideram os métodos quantitativos reducionistas por não estudarem os dados subjectivos da satisfação (Espiridão e Trad, 2005).

Em alternativa, os métodos qualitativos possibilitam que o utente expresse a sua opinião acerca dos serviços de saúde a partir de um leque mais amplo de posições, o que poderá resultar melhor no caso de grupos de difícil acesso, como por exemplo os pacientes idosos (Espiridão e Trad, 2005).

Aspina *et al.* (2003) referem, contudo, que os métodos qualitativos podem inibir o utente já que requerem a presença do investigador ou entrevistador, o que compromete a honestidade das respostas devido ao medo de sofrer represálias. Além disso, estes métodos requerem a dispensa de mais tempo, sendo cansativo para utentes mais debilitados.

Tem também sido sugerido na literatura a combinação dos dois métodos, complementando-se mutuamente.

Outra situação a ser considerada e propícia a debate na literatura é a utilização de questões directas ou de uma abordagem indirecta. Embora se considerem ambos os métodos fiáveis, as questões directas são associadas à produção de níveis de satisfação geral, já que lidam apenas com uma dimensão da satisfação. Em contrapartida, na abordagem indirecta os níveis de satisfação são apurados a partir de questões dirigidas ao serviço prestado (Carr-Hill, 1992).

Relativamente aos instrumentos utilizados para a avaliação da satisfação do utente, os estudos de revisão questionam a validade e confiabilidade dos mesmos. Existem numerosos instrumentos de medida da satisfação, mas há pouco consenso sobre a escolha dos mesmos. Geralmente é utilizado mais de um instrumento no mesmo estudo. Por outro lado, grande parte dos instrumentos utilizados é elaborada pelo próprio investigador, não existindo padronização no mesmo país, o que dificulta a comparação dos resultados (Espiridão e Trad, 2005).

No que respeita às escalas para medição do grau de satisfação do utente, estas são um factor a ter em consideração na elaboração do instrumento, já que são utilizadas para mensurar a resposta, conferindo pesos e valores para cada item. A maior parte das escalas utilizadas baseiam-se no modelo de Likert, abordando a satisfação indirectamente através da concordância ou discordância com as afirmações sobre o serviço ou o profissional (Espiridão e Trad, 2005).

Quanto às técnicas qualitativas, a técnica dos grupos focais tem sido valorizada pois permite a colheita de informações qualitativas profundas, num curto espaço de tempo e a baixo custo. Esta técnica consiste na constituição de um grupo relativamente homogéneo para a discussão de um item da avaliação. O grupo é conduzido por um facilitador e um moderador, sendo a discussão gravada (Espiridão e Trad, 2005).

Carr-Hill (1992) adoptou uma variante deste modelo, o denominado processo de grupo nominal. Esta técnica compõe-se inicialmente de uma entrevista em que as respostas dos participantes são escritas num papel. Posteriormente são lidas e discutidas em grupo. Esta técnica é muito utilizada quando as respostas sobre um determinado aspecto do serviço são demasiado divergentes num mesmo grupo de utentes.

De salientar que quanto mais específico e elaborado for o instrumento de colheita de dados, mais claro é que os utentes não respondem em termos globais e referem aspectos

diferentes de um único episódio para um determinado cuidado de saúde. Daí que seja deves importante a utilização de instrumentos multidimensionais da satisfação. Estes permitem distinguir as diferentes dimensões da satisfação, “assegurando uma maior compreensão da apreciação dos serviços na óptica dos utentes a partir de cada uma das dimensões da satisfação explorada, possibilitando a acção com maior precisão nos factores que devem ser melhorados (Espiridão e Trad, 2005: 309).

Constata-se, então, que existem vários métodos, técnicas e instrumentos, cada qual com as suas vantagens e desvantagens, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas na avaliação da satisfação dos utentes. O instrumento a utilizar deve, portanto, ser adequado à realidade em que vai ser aplicado.

CAPÍTULO III -
Dos Processos de Reabilitação
Respiratória à Prestação de
Cuidados na URR do CHVNG/E

...a RR [reabilitação respiratória] é uma forma de tratamento com ênfase no ensino ao doente e exercício físico programado e controlado, trazendo benefícios muito relevantes no alívio de sintomas, melhor bem-estar e controlo da evolução da doença.

Simão (2009)

A OMS (2008) indica que as doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro e as doenças respiratórias crónicas, são a maior causa de mortalidade do mundo, representando cerca de 60% do total de mortes, sendo uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos países.

Ainda de acordo com a OMS (DGS, 2008), mais de quatro milhões de pessoas morrem por ano vítimas das doenças respiratórias crónicas, tais como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica, e centenas de milhões de pessoas são afectadas por estas doenças.

As doenças respiratórias crónicas têm um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e provocam a morte prematura. Por outro lado, têm efeitos adversos a nível económico nas famílias, comunidades e sociedade em geral (DGS, 2008).

Embora sejam evitáveis se forem controlados os factores de risco, estas doenças são subvalorizadas e insuficientemente diagnosticadas, tratadas e evitadas (DGS, 2008).

Como se sabe, a principal manifestação da doença respiratória crónica é a dispneia, sensação de cansaço ao realizar qualquer esforço físico, o que está relacionado com a progressiva debilidade na função pulmonar, que leva à diminuição da actividade física global. Esta redução da actividade física origina o progressivo descondicionamento físico que aumenta a dispneia com exercícios cada vez menores, ocorrendo um ciclo vicioso. A reabilitação respiratória quebra este ciclo, melhorando a condição física e permitindo ao doente atingir níveis de actividade superiores (Rudkin, 2005).

Actualmente, a reabilitação respiratória é um importante recurso clínico a ser prestado aos portadores de doenças respiratórias crónicas, que deverá ser sempre associada à intervenção terapêutica e à cessação tabágica (Rodrigues, 2003b).

Vários estudos têm demonstrado que a adopção da reabilitação respiratória como parte integrante do tratamento dos portadores de doença respiratória crónica reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao exercício físico e melhora a qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, também se tem demonstrado o seu contributo para a redução dos custos com os cuidados de saúde destes doentes (AACPR, 2006).

III.1 CONCEITO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

O conceito de reabilitação respiratória (também designada por reabilitação pulmonar) remonta ao ano de 1895, quando o Dr. Charles L. Denison, médico da Universidade do Colorado, demonstrou que a realização de exercícios físicos e o cumprimento de uma dieta rigorosa pelos doentes fisicamente incapacitados devido à tuberculose, melhorava a saúde e o bem-estar dos mesmos (Rodrigues, 2003a).

Desde então, surgiram estudos quer em doentes com DPOC quer em utentes portadores de tuberculose que evidenciaram a importância da reabilitação respiratória no alívio dos sintomas e da limitação física e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Rodrigues, 2003a).

Foi nos anos sessenta que surgiu a era moderna da reabilitação respiratória, com a disponibilização nos EUA dos programas formais de reabilitação respiratória, tendo-se observado na década de 1970 a proliferação de estudos sobre a terapia prestada aos portadores de doença respiratória crónica o que impeliu a utilização da reabilitação respiratória como rotina terapêutica no tratamento desses doentes. No entanto só em 1981 é que esta foi aprovada pela *American Thoracic Society* (ATS) como sendo parte integrante do tratamento do doente respiratório crónico e em 1993 foi incluída pela *European Respiratory Society* (ERS) (Rodrigues, 2003a; Rudkin, 2005).

Existe na literatura uma grande variedade de definições possíveis para o termo reabilitação respiratória. Não obstante, a mais utilizada é a adoptada pela ATS e pela ERS (AACPR, 2006: 1391):

Pulmonary rehabilitation is an evidence-based, multidisciplinary, and comprehensive intervention for patients with chronic respiratory diseases who are symptomatic and often have decreased daily life activities. Integrated into the individualized treatment of the patient, pulmonary rehabilitation is designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase participation, and reduce health care costs through stabilizing or reversing systemic manifestations of the disease.

Pode, então, concluir-se que os objectivos da reabilitação respiratória se prendem com a redução dos sintomas, a redução da perda funcional causada pela doença pulmonar e a optimização das actividades físicas e sociais, traduzidas em melhoria da qualidade de vida. Ou seja, partindo do princípio que não há cura para a doença, pretende-se que o doente atinja o seu potencial máximo dentro dos seus limites, mantendo a sua independência funcional (Rodrigues, 2003b).

Para alcançar estes objectivos, a aplicação da reabilitação respiratória deve ser individualizada e necessita de uma equipa multidisciplinar, já que engloba vários processos: exercício físico, educação do utente, intervenção psicossocial e contextual.

III.1.1 Organização de um Programa de Reabilitação Respiratória

Os programas de reabilitação respiratória variam de acordo com a cultura e o sistema de saúde de cada país. Não há uma estrutura internacionalmente fixa para os programas, pois esta reflecte as estratégias de saúde e as necessidades de cuidados de saúde de cada país. O programa de reabilitação respiratória deve ser estruturado de maneira a que o seu conteúdo seja individualizado consoante o utente e as alterações ao estilo de vida necessárias para o alcance dos objectivos e a manutenção dos ganhos o máximo de tempo possível (AACPR, 2006).

Os componentes dos programas de reabilitação respiratória polivalentes são os seguintes: (1) selecção e avaliação do doente; (2) treino de exercício; (3) educação do utente; (4) aconselhamento nutricional; (5) intervenção psicossocial; (6) avaliação dos resultados.

No que ao local diz respeito, os estudos indicam que um programa de reabilitação respiratória correctamente implementado traz benefícios seja qual for o cenário onde se desenvolva: internamento, ambulatório ou domicílio. Existem, contudo, vantagens e

desvantagens em cada uma das situações referidas e nalguns casos pode-se recorrer à combinação de locais (Rudkin, 2005).

A frequência do programa de reabilitação respiratória em regime de ambulatório é a situação mais comum. Esta tem como vantagens: apresentar uma eficiente relação custos/benefícios, decorrer em ambiente clínico seguro e maior disponibilidade de profissionais (AACPR, 2006).

O programa de reabilitação respiratória inicia-se com a selecção e avaliação do doente, segue-se o programa propriamente dito que geralmente inclui o treino de exercício, a educação do utente e a intervenção psicossocial, e posteriormente o desenvolvimento de estratégias que mantenham os benefícios adquiridos com a alteração do estilo de vida (AACPR, 2006).

III.1.1.1 Selecção e Avaliação do Doente

A reabilitação respiratória está indicada para qualquer doente que, embora tenha o tratamento medicamentoso optimizado, apresente dispneia, redução da tolerância ao exercício físico ou sofreu uma redução nas suas actividades diárias (Rodrigues, 2003b; Rudkin, 2005).

De facto, não é o grau de gravidade da doença que determina a necessidade de reabilitação respiratória, mas os sintomas, as disfunções e as deficiências que o indivíduo apresenta. Assim, a reabilitação respiratória pode estar indicada em doentes portadores de DPOC, asma, fibrose cística, doenças intersticiais, pré-operatório de cirurgia torácica ou abdominal, pré e pós-operatório de transplante pulmonar, entre outros.

Segundo Rodrigues (2003b) não existe, hoje em dia, um critério específico de função pulmonar que indique a necessidade da reabilitação respiratória. Estudos comprovam que os doentes com doença respiratória crónica em todas as fases da doença beneficiam com os programas de treino de exercícios físicos, melhorando tanto no que se refere à tolerância ao exercício físico como aos sintomas de dispneia e fadiga.

Geralmente, são excluídos do programa de reabilitação respiratória os doentes que possuem outras doenças que possam interferir com o processo ou que coloquem o doente em risco durante o treino físico. Exemplos destas condições são a artrite em fase avançada,

inabilidade em aprender, hipertensão pulmonar severa, angina de peito ou enfarte agudo do miocárdio. Contudo é importante referir que apesar de o doente não ter capacidade de realizar todo o programa de reabilitação respiratória, pode ter benefícios com alguns processos como a educação, o suporte psicossocial ou nutricional (Rudkin, 2005).

É de salientar que, tal como refere Rodrigues (2003b), a exclusão e/ou contra-indicação de doentes para o programa de reabilitação respiratória deve ser criteriosamente estudada caso a caso.

Para isso é necessária a avaliação do doente através da história clínica, exame físico e revisão dos exames complementares como os testes de função respiratória, de forma a determinar a adequação do tratamento, a existência de outras patologias e a gravidade da doença. Esta avaliação é também importante para a realização de um programa de reabilitação respiratória adequado e individualizado.

Relativamente à motivação, embora seja difícil de avaliar, este é um factor a ter em conta na selecção dos utentes, pois os doentes que estejam motivados e queiram participar activamente e melhorar o seu estilo de vida tendem a ser mais bem sucedidos. Deve-se ressaltar, porém, que os doentes pouco motivados inicialmente podem mudar, já que o grau de motivação pode ser alterado com o decorrer das sessões (Rudkin, 2005).

III.1.1.2 Treino de Exercícios

Os exercícios físicos são fundamentais num programa de reabilitação respiratória, uma vez que melhoram a condição física do doente, prevenindo a deterioração dos músculos esqueléticos, o que contribui para o aumento da tolerância ao esforço físico.

Como refere Rudkin (2005), até há poucos anos, pensava-se que os doentes portadores de doença respiratória crónica tinham limitações ventilatórias que não os deixavam alcançar os níveis de treino aeróbico necessários para a adaptação fisiológica. Contudo, Ries (1997), citado pela mesma autora, demonstrou que mesmo treinando abaixo do limiar de eficácia, os doentes com DPOC melhoraram.

O programa de treino de exercícios deve ser individualizado, pois deve ser adequado às limitações dos doentes. Além disso deve ser organizado de forma a aumentar a motivação para o exercício, reduzir os distúrbios de humor (ansiedade e depressão),

diminuir os sintomas (dispneia e fadiga) e melhorar a função cardiovascular (AACPR, 2006).

É tema de discussão entre os investigadores os tipos de exercícios que se devem treinar: o exercício dos membros superior ou o exercício dos membros inferiores. O primeiro tipo de exercícios é utilizado por se crer que a grande maioria das actividades diárias envolve os membros superiores, daí que terá um maior impacto na qualidade de vida do doente. São exemplos de exercícios dos membros superiores o levantamento de pesos, roldanas, entre outros (Rudkin, 2005).

Em contrapartida os exercícios dos membros inferiores são mais facilmente avaliados e não necessitam de equipamento especial ou local específico para serem treinados. São exemplos destes exercícios: andar, subir escadas, sentar e levantar, marcha em tapete rolante e bicicleta (Rudkin, 2005).

O tipo de exercícios é também determinado pelo local e instalações onde se desenvolve o programa de reabilitação respiratória. O ideal será a combinação dos vários tipos de exercícios.

No que concerne à duração e frequência do treino de exercício, segundo a AACPR (2006), as indicações da ATS e da ERS são a realização de um mínimo de 20 sessões, dadas pelo menos três vezes por semana, para que se obtenham benefícios fisiológicos; das três sessões semanais duas têm de ser supervisionadas.

Relativamente à intensidade, embora os treinos de baixa intensidade (<60% capacidade máxima para o exercício) melhorem os sintomas, a tolerância ao esforço e a qualidade de vida, o aumento da capacidade física máxima só é conseguida com a realização de treinos de alta intensidade. Contudo, nem todos os doentes conseguem atingir estes níveis de intensidade (AACPR, 2006).

A maior parte dos programas de reabilitação respiratória focam-se em dois tipos de exercícios:

- Treino de resistência/força com períodos de manutenção do exercício de alta intensidade que idealmente devem exceder os 30 minutos ou a realização de 2 a 4 conjuntos de 6 a 12 repetições dos exercícios. Contudo, nem todos os doentes suportam este ritmo de actividade.
- Treino intermitente que consiste em intervalos curtos (2 ou 3 minutos) de exercício intenso, intercalados com períodos de repouso de igual duração.

O treino intermitente é, de acordo com Rudkin (2005), o mais adoptado nos programas de reabilitação respiratória, permitindo aos doentes a realização de exercício em segurança e a aprendizagem do controlo da sua dispneia enquanto se exercitam.

Concluindo, as recomendações da ATS e da ERS para o treino de exercício são:

- Devem ser ministradas 20 sessões no mínimo, pelo menos três vezes por semana para que se consiga alcançar benefícios fisiológicos; duas destas sessões têm de ser supervisionadas;
- Os exercícios de alta intensidade originam um aumento da capacidade física máxima e devem ser encorajados; no entanto, os exercícios de baixa intensidade trazem benefícios para os doentes que não conseguem atingir altos níveis de intensidade;
- O treino intermitente é eficaz na promoção de altos níveis de intensidade nos doentes mais sintomáticos;
- Quer os exercícios dos membros superiores quer os dos membros inferiores devem ser utilizados;
- A combinação dos treinos de resistência e de força geralmente proporciona vários efeitos benéficos e é bem tolerado pelos doentes; o treino de força é particularmente indicado para os doentes que apresentem uma significativa atrofia muscular (AACPR, 2006).

III.1.1.3 Educação do Utente

A educação é actualmente parte integrante de todos os programas de reabilitação respiratória, embora os seus efeitos isolados sejam difíceis de avaliar (Silva e Rodrigues, 2003; Rudkin, 2005, AACPR, 2006).

O processo educacional leva a que o doente tenha uma participação activa no seu programa de reabilitação, proporcionando-lhe o conhecimento das alterações físicas e fisiológicas decorrentes da doença e orientando-o para a adopção de procedimentos que explorem com mais exactidão essas alterações (Silva e Rodrigues, 2003; Rudkin, 2005).

De facto, a educação engloba todos os aspectos da reabilitação respiratória, iniciando-se na altura do diagnóstico até aos cuidados do fim de vida. Propicia uma

responsabilidade partilhada por todos os intervenientes do programa de reabilitação respiratória: doente, médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, etc. (AACPR, 2006).

No processo de selecção e avaliação do doente deve ser feito o levantamento das necessidades de orientação educacional que este apresenta; estas devem ser reavaliadas no decorrer do programa de reabilitação respiratória, para desta forma adequar os tópicos da educação às necessidades do doente (Silva e Rodrigues, 2003; Rudkin, 2005, AACPR, 2006).

De acordo com Silva e Rodrigues (2003), a educação deve ser ministrada a pequenos grupos ou individualmente, conforme as necessidades do doente, os recursos disponíveis e a estrutura do programa.

Os tópicos que, segundo a AACPR (2006), podem ser abordados na componente educacional englobam temas como:

- Estratégias de respiração;
- Funcionamento normal dos pulmões;
- Utilização apropriada dos medicamentos e oxigenoterapia;
- Técnicas de limpeza da árvore brônquica;
- Benefícios do exercício e da manutenção das actividades físicas;
- Estratégias de conservação de energia;
- Aconselhamento nutricional;
- Importância de evitar produtos irritantes, incluindo a cessação tabágica;
- Prevenção e tratamento precoce das exacerbações da doença;
- Indicações de quando consultar o médico;
- Tempos livres, viagens e sexualidade;
- Como lidar com a doença e planeamento do fim de vida;
- Controlo do pânico e ansiedade, incluindo técnicas de relaxamento e gestão do stress.

A prevenção e tratamento precoce das exacerbações da doença, o planeamento dos cuidados em fim de vida, as estratégias de respiração, as técnicas de limpeza da árvore brônquica são tópicos cruciais na educação do doente. Não obstante, os profissionais de saúde devem estar atentos à necessidade de intervenções de cessação tabágica (AACPR, 2006).

A exacerbação da doença consiste no agravamento sustentado dos sintomas, distinto da progressão normal da doença. Tem-se demonstrado que o tratamento precoce

acelera a recuperação e reduz a utilização dos serviços de saúde. Assim, os doentes devem ser instruídos para actuarem rapidamente perante uma exacerbação, activando um plano de acção. O plano de acção pode estender-se desde a realização de medicação pré-determinada até à consulta dos profissionais de saúde (AACPR, 2006).

O prognóstico incerto e a relutância dos profissionais de saúde são barreiras que impedem a discussão dos assuntos relacionados com o fim de vida. Contudo, a reabilitação respiratória tem sido identificada como a altura apropriada para o debate sobre os cuidados em fase avançada da doença, os cuidados paliativos (AACPR, 2006).

As estratégias de respiração englobam uma série de técnicas que têm como objectivo a melhoria da ventilação, da troca de gases, da função dos músculos respiratórios, da dispneia, da tolerância ao exercício e da qualidade de vida. Algumas destas técnicas são a dissociação dos tempos respiratórios (inspiração/expiração), a reeducação abdomino-diafragmática e a reeducação costal (AACPR, 2006).

Por fim, as técnicas de limpeza da árvore brônquica, que incluem a drenagem postural, a percussão e a técnica de tosse, são deveras importantes para os doentes que apresentam muita expectoração já que desobstruem as vias respiratórias, melhorando a dispneia (AACPR, 2006).

Os processos educacionais que melhoram a “auto-gestão” dos doentes tendem a ter mais sucesso. A auto-gestão é uma forma de educação que consiste no ensino de competências/estratégias para controlar melhor a doença, alcançar a alteração de comportamentos e melhorar a adaptação à doença (Troosters, *et al.*, 2005).

Em suma e segundo as linhas de orientação da ATS e da ERS, a componente educacional do programa de reabilitação respiratória deve acentuar as competências de auto-gestão por parte do doente; por outro lado, a auto-gestão deve incluir um plano de acção para a detecção precoce e tratamento das exacerbações da doença e debate sobre o planeamento dos cuidados em fim de vida (cuidados paliativos); alguns doentes beneficiam com a instrução das estratégias de respiração e da técnica de limpeza da árvore brônquica; a transferência do treino educacional e da adesão ao exercício deve ser enfatizada (AACPR, 2006).

III.1.1.4 Nutrição na Reabilitação Respiratória

A componente nutricional ainda não é tida como uma componente essencial do programa de reabilitação respiratória, apesar do último consenso da ATS e da ERS incluir o estado nutricional e a composição do corpo entre os itens que devem ser avaliados nos candidatos à reabilitação respiratória.

Assim, a utilização de instrumentos para a avaliação do estado nutricional e o tratamento das alterações observadas não são procedimentos de rotina, nem o nutricionista está incluído nas equipas multidisciplinares responsáveis pela aplicação da terapia nutricional (Godoy *et al.*, 2003).

Diversos estudos têm demonstrado os efeitos prejudiciais da desnutrição no aumento da morbidade e mortalidade dos doentes portadores de doença respiratória crónica (Troosters, *et al.*, 2005).

De facto, esta é uma das razões para o encaminhamento e tratamento das anomalias da composição do corpo em portadores de doença respiratória crónica, a par das seguintes: elevadas necessidades calóricas decorrentes do treino de exercício, o que agravará ainda mais essas anomalias, e valorização dos benefícios resultantes do treino estruturado de exercícios (AACPR, 2006).

Embora a etiologia da perda de peso e da atrofia muscular na doença respiratória crónica seja complexa e ainda pouco compreendida, tem-se recorrido a diferentes intervenções fisiológicas e farmacológicas para contrariar a perda de peso (massa gorda e massa magra) (AACPR, 2006).

Obviamente que nos doentes obesos a terapia nutricional focaliza-se na perda de peso, sendo que o desafio é o doente não perder massa magra (Troosters *et al.*, 2005).

Posto isto, a ATS e a ERS recomenda que os programas de reabilitação respiratória devem englobar as anomalias da composição corporal, que estão frequentemente presentes mas são subvalorizadas na patologia respiratória crónica. A terapia deve basear-se nas seguintes intervenções: suplementos alimentares adequados, intervenções fisiológicas (treino de força), intervenções farmacológicas ou uma combinação de intervenções (AACPR, 2006).

III.1.1.5 Intervenção Psicossocial

A doença respiratória crónica está relacionada com o aumento do risco de padecer de ansiedade, depressão e outros distúrbios mentais. O suporte psicológico e social prestado durante o programa de reabilitação respiratória pode facilitar o processo de ajuste emocional à doença, encorajando pensamentos e comportamentos adaptativos, ajudando os doentes a diminuir as emoções negativas e promovendo um ambiente social de suporte (AACPR, 2006).

A intervenção psicossocial é complementar ao treino de exercício e usa uma combinação de relaxamento com comportamento interactivo. Pode ser ministrada através de terapia de grupo ou em sessões individuais e focaliza problemas específicos como o controlo do stress e ansiedade, isolamento social, sexualidade, entre outros. Estudos demonstram que os doentes que obtiveram uma intervenção psicossocial positiva tiveram menos episódios de depressão e ansiedade do que aqueles a quem não foi dado qualquer tipo de apoio psicossocial (Silva e Rodrigues, 2003; Rudkin, 2005; AACPR, 2006).

A ATS e a ERS indicam que a avaliação inicial do doente deve incluir uma avaliação psicossocial, procedendo-se ao rastreio da ansiedade e depressão; embora os doentes que apresentam níveis ligeiros a moderados de ansiedade e depressão relacionados com a progressão da doença possam melhorar quando sujeitos a reabilitação respiratória, os doentes que apresentam doença psiquiátrica significativa devem recorrer a um especialista; a promoção de um adequado sistema de suporte para o doente deve ser encorajada (AACPR, 2006).

É, contudo, de salientar que a componente psicossocial dos programas de reabilitação respiratória é muito variável e depende muitas vezes dos recursos humanos disponíveis na equipa multidisciplinar (Rudkin, 2005).

III.1.1.6 Avaliação de um Programa de Reabilitação Respiratória

Os resultados de um programa de reabilitação respiratória podem ser avaliados segundo três perspectivas diferentes: do doente, do programa e da sociedade.

Embora se encontrem na literatura poucos estudos sobre a relação custos/benefícios dos programas de reabilitação respiratória, observa-se que a influência destes programas na redução da utilização dos serviços de saúde por parte dos portadores de doença respiratória crónica constitui um importante benefício para a sociedade. Além disso, é também um importante benefício para a sociedade o facto de estes programas diminuíram a incapacidade dos doentes. Há estudos que comprovam que os programas de reabilitação respiratória reduzem o número de utilizações dos serviços de saúde, reduzem os custos directos com os doentes portadores de doença respiratória crónica e melhoram o estado de saúde destes doentes, indiferentemente da severidade da doença (AACPR, 2006).

A avaliação dos resultados centrada no doente pode englobar vários parâmetros como: (1) medições da capacidade de exercício, (2) questionários da qualidade de vida, (3) avaliações psicológicas e (4) medições da capacidade funcional (Rudkin, 2005).

Relativamente à avaliação da capacidade de exercício pode-se recorrer a dois tipos de testes: os testes de capacidade máxima de exercício, de mais difícil acesso, e os testes com bases clínicas (prova de marcha durante 6 minutos e teste do circuito de marcha progressiva), mais frequentemente utilizados por serem de mais fácil aplicação no local da reabilitação respiratória e não exigirem equipamento especializado (Rudkin, 2005).

Quanto à qualidade de vida, este é, segundo Rodrigues (2003c), um conceito multidimensional que compreende, além de outros aspectos, a função física, o bem-estar emocional, a função social, a satisfação com a vida e a auto-percepção de saúde. No campo da saúde a avaliação da qualidade de vida tem vários objectivos como o direccionamento de medidas preventivas, a avaliação da efectividade da intervenção ou a análise do custo/benefício do tratamento.

Os questionários de qualidade de vida podem ser genéricos – avaliam o impacto da doença na vida de doentes de várias populações – ou específicos da doença – avaliam de forma particular determinados factores da qualidade de vida, próprios de uma população com uma determinada doença (Rodrigues, 2003c).

Qualquer que seja o tipo de instrumento a ser utilizado, ele deve ser de utilização prática e validado na população em estudo. Segundo Rodrigues (2003c), Rudkin (2005) e AACPR (2006), os questionários para avaliação da qualidade de vida nos portadores de doença respiratória crónica mais utilizados são:

- Específicos da doença – *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* e *Saint George's Respiratory Questionnaire* – avaliam áreas como os sintomas

(dispneia e/ou fadiga), independência social, actividades da vida diária e o controlo da doença.

- Genéricos – *SF-36 (Short Form 36)* – avaliam aspectos relacionados com a função, disfunção, desconforto físico e emocional.

De acordo com a ATS e a ERS, tanto os estudos que utilizaram questionários genéricos, como os que aplicaram questionários específicos, demonstraram melhoria na qualidade de vida dos portadores de doenças respiratórias crónicas após a frequência de um programa de reabilitação respiratória (AACPR, 2006).

No que respeita à avaliação psicológica, existe uma grande variedade de instrumentos para medir as características e particularidades psicológicas. No caso dos doentes portadores de doença respiratória crónica, os sintomas mais comuns são a ansiedade e a depressão, daí que os questionários que detectam estes sintomas sejam cada vez mais populares. Exemplos destes questionários são o *Hospital Anxiety and Depression Questionnaire* e o *Beck Depression Inventory* (Rudkin, 2005 e AACPR, 2006).

A avaliação da capacidade funcional deve fazer parte da avaliação do doente, já que os objectivos da avaliação visam o funcionamento global e não apenas um teste de exercício baseado na clínica. Os graus de incapacidade podem ser avaliados recorrendo a questionários genéricos ou específicos, sendo os mais utilizados: a escala *The Nottingham Extended Activities of Daily Living* e a escala *London Chest Activity of Daily Living* (Rudkin, 2005).

De salientar que o consenso da ATS e ERS afirma que a avaliação dos resultados centrada nos doentes, como os sintomas, a capacidade funcional, a capacidade de exercício e a qualidade de vida devem ser um componente integral do programa de reabilitação respiratória (AACPR, 2006).

Quanto à avaliação do programa de reabilitação respiratória, os questionários que avaliam o estado de saúde e a funcionalidade dos doentes contribuem para a avaliação da performance do programa como um todo. No entanto para se poder comparar o desempenho dos programas (*benchmarking*) a nível nacional é necessário que todos usem os mesmos questionários para a avaliação da eficácia do programa (AACPR, 2006).

Além dos resultados centrados nos doentes, também se pode avaliar a organização do programa, o que assegura o controlo de qualidade e a melhoria continua. Esta avaliação pode ser feita através da adesão à prescrição de exercícios domiciliários, as admissões hospitalares, a avaliação da satisfação dos doentes, entre outros (AACPR, 2006).

III.1.1.7 Estratégias para a Manutenção dos Efeitos de um Programa de Reabilitação Respiratória

Os objectivos imediatos da reabilitação respiratória são reduzir os sintomas, aumentar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Os objectivos a longo prazo centram-se na manutenção destes benefícios e consequentemente na redução da utilização dos serviços de saúde, na redução da duração dos internamentos hospitalares e na melhoria das competências de auto-gestão da doença, limitando a dependência de cuidados de saúde (AACPR, 2006).

Tal como refere Rudkin (2005), a manutenção de um programa de exercício regular é muito difícil, daí que seja imprescindível o apoio e encorajamento por parte da equipa de reabilitação respiratória.

As estratégias para a manutenção dos benefícios da reabilitação respiratória incluem reabilitação contínua, programas de manutenção e repetição de programas. A reabilitação contínua por um período prolongado parece acrescentar poucos benefícios. Não estão, também, claramente demonstrados os benefícios da aplicação de programas de manutenção. Porém, a repetição de programas de reabilitação parece ser capaz de reproduzir os ganhos a curto prazo, no entanto não traz vantagens a longo prazo (AACPR, 2006).

Esta é uma área que necessita ser mais estudada.

III.2 O PROCESSO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA URR DO CHVNG/E

Tal como se tem vindo a referir, a reabilitação respiratória é parte integrante do tratamento dos doentes com doença respiratória crónica que se encontram sintomáticos e/ou com menor tolerância ao esforço. Integrada no tratamento individualizado destes doentes, a reabilitação respiratória tem, então, como objectivo central, melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

Para dar resposta a esta necessidade existe no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), em funcionamento desde 1958, a Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), que é uma unidade funcional do Serviço de Pneumologia deste Centro.

Face ao que já foi exposto, reconhece-se que a reabilitação respiratória deve ser prestada por uma equipa multidisciplinar, daí que a URR possua os seguintes recursos humanos:

- Directora de serviço (pneumologista);
- Médica responsável pela URR (pneumologista);
- Dois médicos especialistas de pneumologia;
- Enfermeiro chefe (especialista em enfermagem de reabilitação);
- Doze enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação;
- Quatro enfermeiras generalistas;
- Duas auxiliares de acção médica; e
- Uma administrativa.

A URR conta também com o apoio de nutricionista, assistente social e psicólogo, caso o doente necessite de recorrer a estes profissionais.

Os enfermeiros da URR dão resposta às solicitações das especialidades em geral do CHVNG/E nos dias úteis da semana, prestam apoio nos serviços UCIP, UCPA, cirurgia cardiotorácica (internamento e UCICT), cardiologia e UCIC todos os dias, participam na consulta de VDNI e de DPOC, e atendem doentes em regime de ambulatório, no Ginásio, nos dias úteis, das 8 às 16 horas.

Os procedimentos realizados pelos enfermeiros da URR são os seguintes:

- Exercícios respiratórios:
 - Dissociação dos tempos respiratórios: inspiração/expiração;
 - Reeducação abdomino-diafragmática;
 - Reeducação costal.
- Actividades de ensino/educação:
 - Técnica de limpeza da árvore brônquica – manobras manuais específicas para desobstrução das vias respiratórias;
 - Alongamento muscular;
 - Fortalecimento muscular;
 - Mobilização da caixa torácica;

- Correção das alterações e/ou defeitos posturais;
- Educação e consciencialização da pessoa sobre a doença, sua prevenção e tratamento;
- Ensino de posição de descanso/relaxamento;
- Ensino sobre aerossolterapia, hidratação.

As estatísticas da URR indicam que, no ano de 2008, foram atendidos 1651 doentes internados nos vários serviços do CHVNG/E e 1126 doentes em ambulatório. Dos doentes seguidos em ambulatório, 39,4% são doentes com DPOC, 29,7% com bronquiectasias, 18,3% com asma, 8,5% com derrame pleural e 4,1% com outras patologias. Foram realizadas, durante o ano referido, um total de 8103 sessões de reabilitação respiratória em regime de ambulatório. De salientar ainda que os meses em que existe maior afluência de doentes são Abril (144 doentes), Outubro (138 doentes), Novembro (129 doentes) e Maio (109 doentes), o que está directamente relacionado com as estações do ano (Primavera e Outono).

Os doentes que frequentam a URR em regime de ambulatório são encaminhados para esta unidade através da consulta externa, do internamento dos vários serviços do CHVNG/E, dos cuidados de saúde primários (Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar) ou de outras instituições (Figura 3.1).

São primeiramente observados na consulta médica de cinesiterapia, onde se realiza a avaliação do doente através da história clínica, exame físico e revisão dos exames complementares como os testes de função respiratória, de forma a determinar a adequação do tratamento, a existência de outras patologias e a gravidade da doença. É a partir desta avaliação que o médico determina o número de sessões e o tipo de exercícios de reabilitação respiratória necessários.

Posteriormente o doente é avaliado pela equipa de enfermagem, que faz também a aplicação de duas escalas em dois momentos distintos do programa de reabilitação respiratória (no início e no final): uma de avaliação da qualidade de vida – a *SF-36 (Short Form 36)*; e outra de avaliação da capacidade funcional – a *London Chest Activity of Daily Living*.

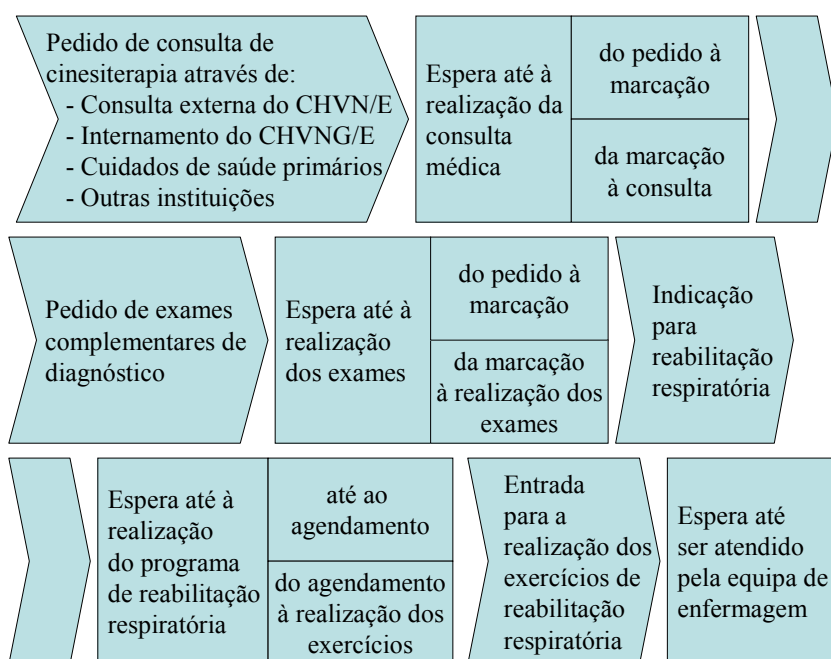


Figura 3.1: Percurso do doente na URR

Consoante as necessidades apresentadas pelos doentes, os programas de reabilitação respiratória podem fraccionar-se da seguinte forma:

- Vinte ou mais sessões, de uma só vez;
- Quinze sessões, de seis em seis meses; e
- Dez sessões, de quatro em quatro meses.

No final do programa e sempre que se mostrar necessário no decorrer do mesmo, o doente é reavaliado pela equipa médica. Além disso, se houver necessidade é pedida a colaboração de nutricionista ou de psicologia.

III.2.1 URR do CHVNG/E: Da sua constituição à prestação de serviços

A URR situa-se no 1º piso, do Pavilhão Masculino¹, da Unidade 1, do CHVNG/E e foi em 1958, sob a orientação do Pneumologista Dr. Alberto Leal e de duas enfermeiras da

¹ Esta designação mantém-se desde a altura em que esta instituição era um sanatório. Actualmente os utentes que aqui se dirigem tanto podem ser homens como mulheres.

consulta, que o Serviço de Cinesiterapia Respiratória (actualmente URR) iniciou as suas funções no Pavilhão Central. Desde a sua fundação até 1972, altura em que chega ao Serviço a Enf. Conceição Duarte, a cinesiterapia funcionava como uma dependência do Serviço de Cirurgia Cardiorácica. As suas instalações consistiam numa sala com 2 carts, davam resposta a uma população de 17 doentes internados, que eram tratados em dias alternados separando os homens das mulheres.

Em 1974 iniciam tratamento, em regime de ambulatório, os primeiros doentes do exterior. Com a criação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Decreto Regulamentar nº20/77 de 16 Março), dá-se a fusão do serviço de Cinesiterapia com o serviço de Aerossolterapia sob a direcção do Dr. Leal e Enf. Chefe Conceição Duarte, dispunha na altura como recursos humanos 6 enfermeiras.

Em 1983 o Serviço de Cinesiterapia Respiratória passou do Pavilhão Central para o Pavilhão Satélite e em Outubro de 2003, este Serviço foi transferido para o Pavilhão Masculino, onde ainda permanece com a seguinte estrutura arquitectónica:

- Área de consultórios médicos;
- Sala de pausa, que inclui o gabinete do enfermeiro chefe;
- Ginásio com três áreas diferenciadas:
 - uma sala (Ginásio Maior), com 5 carts e dois espelhos quadriculados;
 - uma sala de dimensões mais reduzidas (Ginásio Menor), com 3 carts e um espelho quadriculado (destinada a doentes infectados e para drenagens de secreções);
 - uma área destinada a tratamentos de aerossolterapia, com 2 pequenas boxes devidamente equipadas para o efeito e uma sala de trabalho para a preparação da terapêutica;
- Biblioteca;
- Sala de reuniões;
- Áreas comuns (vestiários, sanitários, sala de espera e respectivo serviço administrativo).

**CAPÍTULO IV -
Metodologia do Estudo**

A geração da ciência exige a aplicação de um método (método científico) que garanta a exactidão dos conhecimentos.

Baranão (2004: 22)

Uma vez elaborado o marco teórico referente à problemática em estudo, é crucial cotejar a teoria com os dados reais, definindo o percurso da investigação, a análise e a interpretação dos dados colhidos.

A metodologia é o guia utilizado para atingir os objectivos propostos e entender as actividades sistemáticas e relacionais, devendo por isso fazer parte de qualquer projecto de investigação desde o início. O seu principal papel é, segundo Nogueira (2004: 117), “o de acautelar, objectivamente, que os resultados obtidos apresentem coerência e significância no referencial teórico e real, de acordo com os limites preestabelecidos.” De acordo com a mesma autora, os métodos e técnicas estatísticas a utilizar devem ser adequadas ao tipo de variáveis estudadas “as quais, por sua vez, dependem do tipo de estudo que se pretende realizar e das respectivas hipóteses de investigação formuladas” (Nogueira, 2004: 117).

Os estudos científicos são uma importante fonte de informação para os governadores ou mesmo para os gestores, uma vez que através dos resultados obtidos podem-se identificar os factores que mais afectam, positiva ou negativamente, os utilizadores de um serviço. Com este conhecimento é, então, possível tomar medidas para manter ou mesmo melhorar a satisfação dos clientes, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Ao longo de capítulo serão descritas e fundamentadas as opções metodológicas tomadas desde o pensamento sobre o problema da satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E até à análise e tratamento dos dados recolhidos.

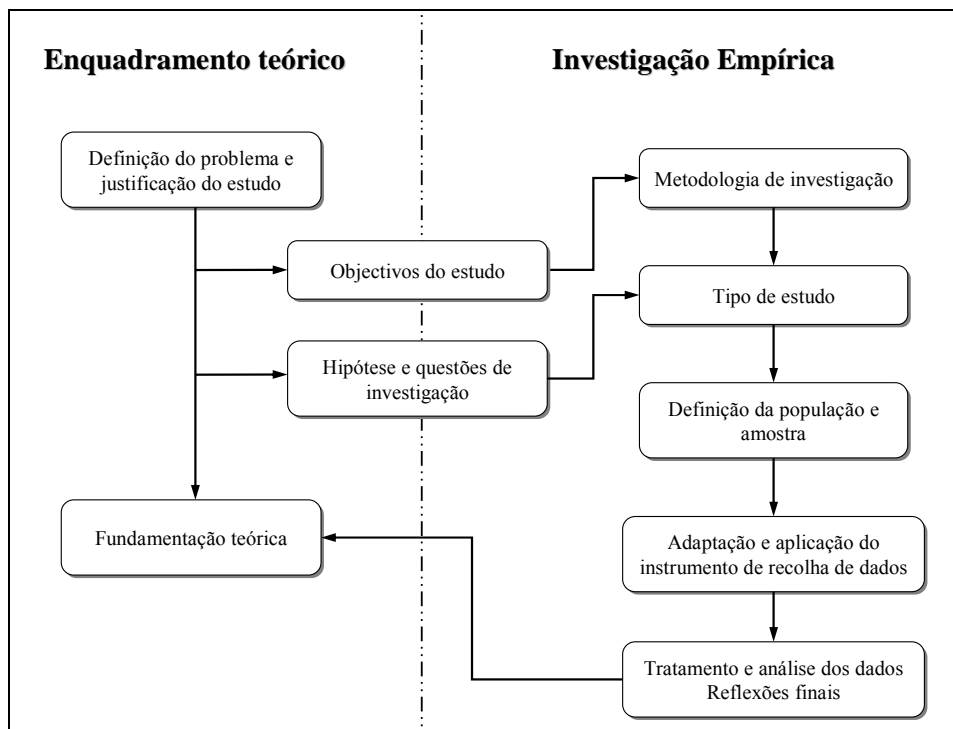


Figura 4.1: Desenho da investigação

IV.1 MÉTODOS E TÉCNICAS

Ao conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica denomina-se metodologia (Fortin, 1999).

A metodologia é, segundo Barañano (2004), a análise sistemática e crítica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que modelam a investigação de determinado problema. Ao longo deste ponto serão indicados e justificados o tipo de estudo a realizar, as técnicas utilizadas para a obtenção dos dados e os métodos a aplicar para a análise dos dados obtidos.

IV.1.1 Opções Metodológicas

A investigação científica é, de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, o mais rigoroso e aceitável, pois assenta num processo racional e pode ser corrigido

conforme a sua progressão. “Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos” (Fortin, 1999: 17).

Uma vez delimitado o tema e formulado o problema e os objectivos da investigação, determinam-se o método a utilizar, o tipo de estudo a realizar, as hipóteses de investigação, as variáveis do estudo e a sua operacionalização, caracteriza-se a amostra em estudo e os pressupostos a ela inerentes, descreve-se o instrumento de recolha de dados, o seu pré-teste e os procedimentos éticos e administrativos. Para completar o desenho de investigação, apresenta-se o tratamento estatístico efectuado aos dados obtidos para o estudo (Fortin, 1999).

O método é um procedimento sistemático utilizado para a descrição e explicação dos fenómenos que estão a ser pesquisados. Existem dois grandes grupos de abordagens: quantitativas e qualitativas.

As pesquisas quantitativas prevêm a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas (Chizzotti, 1995).

As abordagens quantitativas sacrificam os significados em detrimento do rigor matemático e assentam num paradigma positivista de ciência, que insiste na aplicação dos modelos das ciências naturais às ciências sociais. Enfatizam o dado empírico, reduzem a ciência ao campo do observável e separam os factos dos seus contextos, insistindo numa ciência livre de valores os quais podem distorcer ou prejudicar assuntos explicáveis objectivamente. A vantagem deste método é a “alta confiabilidade/reprodutividade dos resultados obtidos” (Turato, 2005: 511).

As abordagens qualitativas não empregam só instrumentos estatísticos como base para análise do problema pois pretendem entender a natureza de um fenómeno social. Este tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalha com o universo de significados tais como: motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Estuda fenómenos não definidos plenamente, fundamentando-se em dados recolhidos nas interações pessoais. A força deste método atribui-se “à qualidade da alta validade dos dados/achados que foram colhidos” (Turato, 2005: 511).

Os métodos quantitativos e qualitativos não devem, porém, ser entendidos como opostos. Ao contrário, eles complementam-se, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, *et al.* 1994).

Com o presente estudo não se ambiciona apenas analisar os resultados, mas também utilizar a informação obtida para corrigir as necessidades hipoteticamente não satisfeitas para obter mais ganhos em saúde. De uma maneira geral, pretende-se conhecer em que medida os utentes da URR do CHVNG/E estão satisfeitos com vários aspectos dos serviços como acessibilidade dos cuidados, organização dos cuidados, organização dos serviços, atitude e desempenho dos profissionais, entre outros. Intenta-se também perceber se existe uma qualquer relação entre os serviços prestados, a satisfação com a URR e a percepção que os doentes detêm sobre a sua própria saúde.

Assim, pretende-se efectuar um estudo exploratório, perfilhando uma orientação descritiva, analítica e correlacional, já que se “tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações” (Fortin, 1999).

Procurar-se-á identificar os factores (as variáveis) que contribuem para melhorar a satisfação dos utentes e conseqüentemente aumentar a qualidade dos cuidados prestados através da opinião dos utentes da URR do CHVNG/E. O instrumento de recolha de dados (Anexo I) utilizado foi adaptado de um questionário já validado em Portugal, o que permite por um lado a sua adequação à situação estudada e por outro, futuramente, comparar e completar perspectivas de outros estudos já efectuados ou a efectuar.

O questionário foi adaptado com a autorização e supervisão do Professor Pedro Lopes Ferreira² à realidade da URR do CHVNG/E.

Este questionário parece ser o mais pertinente por ser um instrumento amplamente aplicado e reconhecido cientificamente.

² Professor Associado com Agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; Director e investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); Membro da Equipa Coordenadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS); Membro da Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEIC); Membro do Comité Regional do Capítulo Ibero-Americano da *International Society for Quality of Life Research* (ISOQOL).

IV.1.2 Questões e Hipóteses de Investigação

“Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 1999: 102). As hipóteses resultam da observação de fenómenos, da teoria ou de trabalhos empíricos e combinam o problema e os objectivos numa explicação ou antecipação clara dos resultados esperados de um estudo.

Nos casos em que se pretende testar um conceito vasto sobre o fenómeno em estudos e não só uma hipótese, fala-se em hipótese(s) geral(ais) e hipóteses específicas. É o que acontece na maioria dos estudos. Nestas situações as hipótese gerais traduzem-se numa interrogação e não numa afirmação, já que uma afirmação contém, em si própria, a possibilidade da sua negação (inferência imediata). Assim, é normal formular-se a hipótese nula (H0) para a afirmação e para a sua negação a hipótese alternativa (H1).

Com base nestes pressupostos formulou-se como hipótese geral: H0 – **Existe, na visão dos utentes/inquiridos, uma qualquer relação entre a prestação dos diversos cuidados e a satisfação com os serviços que nos facilita a avaliação da qualidade na Unidade de Reabilitação Respiratória do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.**

Obviamente que a formulação desta hipótese levou ao surgimento de algumas questões que se pretende ver respondidas ao longo desta investigação e das quais se destacam, desde já, as seguintes:

- Quem são os utentes da URR do CHVNG/E?
- Qual a proveniência dos utentes da URR do CHVNG/E?
- Qual a profissão dos inquiridos?
- Qual o seu rendimento mensal médio?
- Qual o número de vezes que cada um dos inquiridos recorreu à URR do CHVNG/E?
- Quais as maiores dificuldades sentidas na acessibilidade à URR do CHVNG/E e no regresso a casa?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com o processo de admissão?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com os cuidados prestados?

- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com as condições das instalações?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a quantidade e qualidade da informação fornecida?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com o processo de alta?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar dos enfermeiros?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar dos médicos?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar do outro pessoal?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com os resultados obtidos?
- Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E em relação ao seu estado de saúde?
- Qual a opinião dos utentes sobre o funcionamento geral da URR do CHVNG/E?

IV.1.3 População e Amostra

A população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999: 373).

Neste estudo, a população corresponde aos utentes da Unidade de Reabilitação Respiratória do CHVNG/E, tendo sido constituída como amostra o conjunto daqueles que tiveram alta entre 1 de Fevereiro e 30 de Abril do ano de 2009.

De acordo com os dados fornecidos pelo Enfermeiro Chefe da URR do CHVNG/E, recorrem a esta unidade em regime de ambulatório cerca de 1100 indivíduos por ano. Contudo, verifica-se que a grande maioria dos utentes realiza um programa de reabilitação respiratória duas ou mais vezes por ano.

Neste sentido, dado que o número de utentes que recorrem por ano à unidade referida é considerável, tornou-se necessário seleccionar uma parte dessa população para representar a sua totalidade, ou seja, formar uma amostra.

Assim, para efeitos de amostragem e para que o mesmo indivíduo não surgisse mais do que uma vez como inquirido, optou-se por identificar o número de utentes que tiveram alta da URR do CHVNG/E durante um trimestre, pois ao quarto mês há sujeitos que reiniciam um novo programa de reabilitação respiratória.

Em termos médios, recorrem à referida unidade cerca de 180 utentes por trimestre, espaço temporal definido para efectuar a recolha dos dados. No entanto, destes 180 apenas 114 tiveram alta entre 1 de Fevereiro e 30 de Abril de 2009, pois os restantes utentes abandonaram os tratamentos, interromperam por motivos de agravamento da doença ou ainda continuam em tratamento. Assim, para esta investigação definiu-se um universo de 114 indivíduos, coincidente com o número de utentes que tiveram alta da URR no referido trimestre. No entanto, apenas se mostraram disponíveis para responder ao questionário 82 utentes ($n = 82$).

Deste modo, os critérios de inclusão no estudo dos utentes da URR do CHVNG/E foram os seguintes: utentes que realizaram um programa de reabilitação respiratória na URR do CHVNG/E e com alta entre 1 de Fevereiro e 30 de Abril de 2009; adultos, conscientes e orientados no tempo e no espaço.

Toda a informação recolhida através dos questionários é anónima, respeitando o dever de sigilo, e tratada para finalidades determinadas, explícitas e legítimas de elaboração deste estudo, garantindo os direitos e liberdades individuais, com o compromisso de não ser posteriormente tratada de forma incompatível com essas finalidades, de acordo com a legislação em vigor.

IV.1.4 Fonte de Dados

Tal como já se referiu, o tipo de método de recolha de dados a utilizar depende da natureza do problema de investigação (Polit e Hunger, 1995).

Assim, tendo por base os objectivos definidos para este estudo, e tendo em consideração que a maioria dos indivíduos seleccionados para a amostra possui baixa formação académica, considerou-se adequado utilizar como instrumento de recolha de dados o questionário estruturado e presencial.

A escolha deste instrumento de recolha de dados prendeu-se com o facto de, por um lado, limitar o sujeito às questões formuladas e, por outro, privilegiar em certa medida a abordagem qualitativa, explorando “significados das acções e das relações humanas, um dado não perceptível ou captável com base apenas em equações, médias ou outras estatísticas” (Nogueira, 2004: 126).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998: 191), “os métodos de cada tipo de questionário distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais da comunicação e da interacção humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar dos questionários informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”.

O referido instrumento foi adaptado do questionário já testado e amplamente aplicado “Como vê o seu hospital?” com a autorização e supervisão do Professor Pedro Lopes Ferreira. Para verificar até que ponto este instrumento era acessível aos utentes da URR, em termos de compreensão e clareza, foi efectuado um pequeno estudo piloto com 8 utentes que recorreram a esta unidade no dia 15 de Abril de 2009. De referir que o pré-teste elaborado alertou para o facto de alguns termos correntemente utilizados pelos profissionais de saúde não terem o mesmo significado para os utentes, tais como o conceito de processo de admissão, pessoal auxiliar, ginásio e alta. Por isso estas noções foram clarificadas oralmente aos inquiridos, sempre que necessário.

Tomando estas precauções, considerou-se o questionário adequado e em condições de ser aplicado aos vários utentes da URR.

Antes da aplicação do questionário foram dados a conhecer aos utentes o objectivo e a finalidade das temáticas em estudo, garantindo sempre o anonimato dos indivíduos e a confidencialidade das suas respostas.

IV.1.5 Arquitectura do Questionário

Como já foi referido, os cuidados de saúde hospitalares carecem de avaliação, por isso através do sistema IAQH (Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar) se pretende medir vários aspectos da satisfação dos utilizadores dos hospitais.

O questionário “Como vê o seu hospital?”, baseado em trabalhos realizados nos EUA, foi o primeiro instrumento cultural e propositadamente adaptado e validado para Portugal, tendo em conta o sistema de saúde português (Ferreira, 1998). De acordo com Simões (2006: 72), citando Monteiro (2000) “as opiniões, comentários e avaliações elaboradas pelos consumidores de cuidados hospitalares contribuem decisivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados e para atingir melhores resultados em saúde, para a imagem dos profissionais e da instituição e para que, junto do público, esta imagem seja cada vez mais positiva”.

Para qualquer gestor/administrador hospitalar preocupado com as questões relacionadas com a qualidade é importante conhecer a opinião dos utentes que usufruem dos serviços, daí que os estudos que avaliem a qualidade/satisfação dos utentes e respectiva realização de um relatório funcionem como um painel de bordo para a elaboração de estratégias que permitam manter ou melhorar a qualidade dos serviços.

Na presente investigação, a avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares é efectuada sob a perspectiva dos seus utilizadores, em termos da sua satisfação com os serviços que lhes são prestados.

O questionário utilizado para a realização deste estudo é, portanto, adaptado do IAQH utilizado no Centro de Estudo e Investigação em Saúde. Este último é considerado o instrumento mais indicado para avaliar a realidade do Sistema de Saúde Português já que tem na sua constituição questões nucleares para a avaliação da satisfação com os aspectos da qualidade dos cuidados hospitalares. Das restantes questões retiram-se informações que permitem caracterizar a amostra, conhecer algumas circunstâncias que ocorreram durante a permanência no hospital e testar a validade das questões nucleares, como o aspecto comportamental, a qualidade dos cuidados e a satisfação com os cuidados (Ferreira, 1998).

Este questionário contém, também, de acordo com Monteiro (2000), questões comportamentais como a intenção de voltar ao mesmo hospital, da satisfação global e da qualidade dos cuidados em geral.

Assim, com base no questionário IAQH e em Monteiro (2000), estruturou-se este estudo em três dimensões (figura 4.2), que englobam os componentes mais utilizados para medir a satisfação dos utentes, como são: acessibilidade/conveniência, disponibilidade, continuidade dos cuidados, aspectos financeiros, qualidade técnica dos cuidados, aspectos interpessoais, eficácia/resultados dos cuidados prestados e ambiente físico.

Deste modo pode analisar-se a satisfação ou insatisfação dos utentes relativamente a cada uma das dimensões ou a algum dos seus componentes.

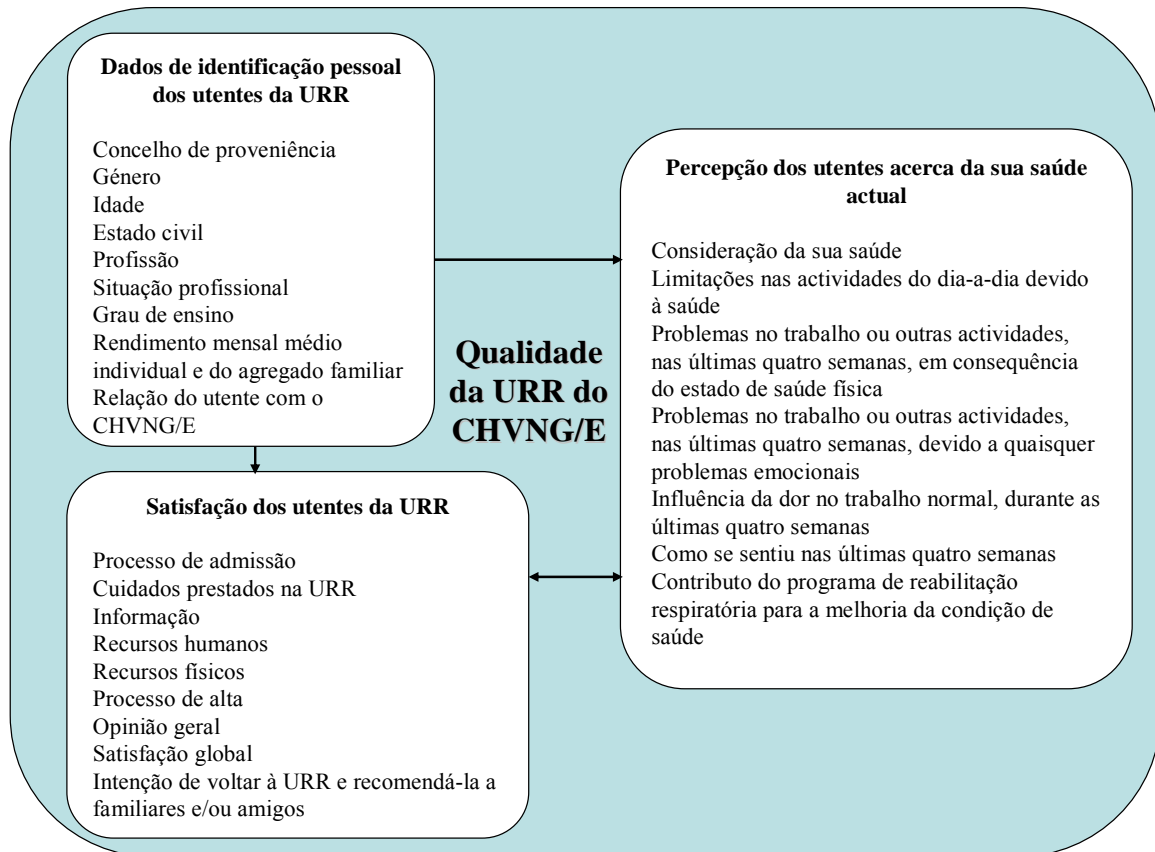


Figura 4.2: Dimensões da avaliação da qualidade da URR do CHVNG/E na óptica do utente

De forma a sistematizar a informação e facilitar a interpretação dos dados, estes serão precedidos de uma breve análise e apresentação em quadros ou gráficos.

No que concerne à escala utilizada, tipo Likert, para medir a satisfação atribuída pelos utentes a cada aspecto do programa de reabilitação respiratório, é constituída por seis opções de escolha, sendo que o inquirido deve optar apenas por um único item. Se o utente escolher a opção “Não se aplica”, é-lhe atribuído o valor zero; se escolher “Mau”, é-lhe atribuído o valor um; se escolher “Regular”, é-lhe atribuído o valor dois; se escolher “Bom”, é-lhe atribuído o valor três; se escolher “Muito Bom”, é-lhe atribuído o valor quatro; se escolher “Excelente”, é-lhe atribuído o valor cinco. Desta forma é atribuído um valor mais elevado a níveis mais altos de satisfação sentidos pelos utentes.

Não colocando em causa a ordenação e classificação do questionário, serão apresentados primeiramente os dados bio-sócio-demográficos para que se possa, desde logo, caracterizar a amostra em estudo.

IV.1.6 Operacionalização das Variáveis

“Operacionalizar um conceito significa defini-lo de maneira que ele possa ser observado e medido” (Fortin, 1999: 217). Através da operacionalização, as variáveis são tratadas de forma a permitirem a sua mensuração.

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 de estudo estatístico são 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 utilizada pode fornecer (Maroco, 2003: 17).

As variáveis estatísticas podem ser qualitativas – escalas de medida nominais ou ordinais – e quantitativas – escalas de medida intervalares ou de razão/proporção. Além desta classificação, as variáveis podem também classificar-se em discretas (os valores que uma variável pode tomar são facilmente enumeráveis) e variáveis contínuas (os valores não são enumeráveis) (Fortin, 1999).

Quanto à operacionalização das variáveis do questionário, verifica-se que em cada uma delas existe uma explicação elaborada, de forma que cada indivíduo responda claramente e sem dúvidas, seguindo as mesmas linhas de orientação. Daí que não se identifique individualmente cada uma delas, pois já são operacionalizadas no próprio questionário.

Contudo, considera-se pertinente explicar sucintamente algumas variáveis utilizadas nesta investigação para que todos as entendamos da mesma maneira. Deste modo, entenda-se por:

- **Admissão** – todo o processo e procedimentos necessários para frequentarem o programa de reabilitação respiratória, engloba o acesso ao CHVNG/E, o tempo e esforço dispendido para marcar a consulta médica e o programa, horários

disponíveis e cuidados prestados, tempos de espera, assim como o relacionamento interpessoal inerente ao acolhimento;

- **Cuidados prestados na URR** – corresponde ao tratamento que os utentes receberam por parte de todos os profissionais com quem tiveram contacto e à adequação do número de sessões;
- **Informação** – é a forma como o utente ficou esclarecido sobre procedimentos ou tratamentos e o que esperar deles;
- **Pessoal de enfermagem** – opinião baseada na percepção comum que o utente sente quando usufrui dos serviços de enfermagem, tendo em consideração aspectos como a disponibilidade, a simpatia, a prestabilidade, o humanismo, a resolução de problemas e o desempenho das suas actividades e funções;
- **Pessoal médico** – este parâmetro é idêntico ao anterior, devendo por isso ser avaliado segundo o mesmo prisma, mas relacionado com outro saber;
- **Outro pessoal** – trata-se de conhecer a opinião dos utentes relativamente ao desempenho das funções e relacionamento com os utentes do pessoal auxiliar e administrativo;
- **Condições das instalações** – neste ponto pretende-se avaliar a estrutura física envolvente, bem como factores de higiene, o ruído, o bem-estar do utente e todo o ambiente, por exemplo o acesso a utilidades como bar/consumíveis, telefone, entre outros;
- **Alta** – consideram-se neste item todos os procedimentos e diligências efectuadas para o regresso do utente às actividades diárias normais com o máximo de autonomia, independência e qualidade de vida possível;
- **Opinião Geral** – trata-se de saber até que ponto é que o programa de reabilitação respiratória contribuiu para o aumento da qualidade de vida do utente, de forma que possam ser percebidas na comunidade em que o indivíduo está inserido;
- **Satisfação Global** – este ponto diz respeito à forma como o utente percepcionou e avaliou os cuidados que lhe foram prestados;
- **Satisfação do utente ou utente satisfeito** – entende-se o indivíduo que em cada grupo de respostas obtém uma percentagem final superior ou igual a 75%.

IV.1.7 Registo e Verificação de Dados

Tal como referem Quivy e Campenhoudt (1998), os dados obtidos através de um questionário não têm significado em si mesmos, sendo apenas úteis após um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas de diferentes categorias e analisar as relações entre variáveis.

Assim, após a recolha dos dados, foi feita a verificação de cada questionário com o intuito de detectar a existência de possíveis lacunas que colocassem em causa a utilização dos mesmos. A fim de serem devidamente tratados e depois de numerar os questionários, procedeu-se à inserção dos dados no computador, tendo sido posteriormente submetidos a uma análise, utilizando-se para esse fim o software estatístico *SPSS — Statistical Package for Social Sciences (Version 15 for Windows)*, como forma de auxiliar e simplificar o tratamento dos mesmos.

De seguida, será elaborada uma breve consideração teórica sobre as técnicas estatísticas utilizadas no tratamento da informação obtida.

IV.2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DE DADOS

Neste ponto serão fundamentadas as técnicas estatísticas utilizadas no tratamento e análise dos dados obtidos, tendo em conta os objectivos deste estudo. Assim, para alcançar os objectivos definidos e validar as hipóteses formuladas, para além da estatística descritiva realizada, efectuaram-se análises multivariadas, recorrendo à análise factorial de componentes principais. Foi também realizada análise de conteúdo das respostas às questões abertas.

IV.2.1 Análise Factorial Exploratória

A análise factorial consiste num “conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever” (Pestana e Gageiro, 2003: 501).

Através desta análise é estimado o peso dos factores (*loadings*) e as variâncias, de maneira que as covariâncias e as correlações previstas estejam tão perto quanto possível dos valores observados. O método das componentes principais é um dos métodos de estimativa mais utilizados para extrair os factores e consiste num “procedimento estatístico multivariado que transforma um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, noutro conjunto com menor número de variáveis não correlacionadas e designadas por componentes principais” (Pestana e Gageiro, 2003: 502), resultantes de combinações lineares das variáveis iniciais, diminuindo a complexidade de interpretação dos dados.

Para facilitar a interpretação dos factores, o SPSS utiliza vários métodos de rotação das variáveis, convertendo os *loadings* elevados ainda mais elevados e os baixos ainda mais baixos, de modo a que os valores intermédios desapareçam. O método de rotação utilizado neste trabalho foi o método *Varimax* (Pestana e Gageiro, 2003).

No entanto, para se aplicar o modelo factorial é necessário que as variáveis se correlacionem. Para aferir a qualidade das correlações podem ser usados dois procedimentos estatísticos: *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. O KMO compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis e o teste de Bartlett testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz identidade, cujo determinante é igual a 1. Por vezes, é preferível utilizar o KMO pois o teste de Bartlett é muito influenciado pelo tamanho da amostra levando a rejeitar a hipótese nula em amostras grandes (Pestana e Gageiro, 2003).

Deste modo, nesta investigação, após a análise descritiva dos dados procedeu-se à análise factorial, que geralmente se associa a situações em que o investigador tenta medir algo cuja medição directa será difícil. A análise factorial pode ser realizada com um fim exploratório ou confirmatório. Tal como referido anteriormente, uma das funções da análise factorial é a redução da informação, logo a partir desta técnica obtêm-se novas

variáveis que representarão as variáveis originais que se correlacionam entre si. Além de reduzir a informação, a análise factorial permite contornar o problema da multicolinearidade uma vez que será minimizada a correlação entre as variáveis utilizadas. Por fim, é possível identificar um perfil de resposta com base nos *scores* dos factores obtidos. Para o conjunto de dados deste trabalho optou-se pela aplicação de uma Análise de Componentes Principais, pois as escalas usadas são ordinais e, sendo esta técnica menos exigente do ponto de vista da distribuição estatística das variáveis e da multicolinearidade existente entre elas, adequa-se claramente ao objectivo de redução de informação (Maroco, 2003).

A análise de componentes principais é uma técnica de análise multivariada que permite a redução da dimensionalidade dos dados, possibilitando “resumir a informação de várias variáveis correlacionadas (e portanto de alguma forma redundantes) em uma ou mais combinações lineares independentes (as componentes principais) que representam a maior parte da informação presente nas variáveis originais.” (Maroco, 2003: 231).

Para a elaboração da Análise de Componentes Principais deste trabalho, requisitou-se a estatística KMO e o teste de esfericidade de *Bartlett*: a estatística KMO indica a proporção de variância das variáveis que é variância comum. De um modo geral, valores da KMO entre 0,6 e 0,7 serão considerados ‘razoáveis’, enquanto que valores entre 0,7 e 0,8 são considerados ‘médios’, entre 0,8 e 0,9 ‘bons’ e acima de 0,9 como ‘muito bons’. Em segundo lugar, o teste de esfericidade de *Bartlett*, como já foi referido, testa a hipótese das variáveis na análise formarem uma matriz identidade. Tal matriz indicaria que as variáveis não estão correlacionadas (por exemplo: todos os valores fora da diagonal da matriz de correlações seriam próximos de zero) e os dados seriam inadequados para a análise factorial. Foi também seleccionada uma rotação *Varimax* com o objectivo de tornar mais fácil a interpretação dos factores obtidos e obter uma estrutura factorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor, e pouco associada com os restantes factores (Maroco, 2003; Pestana e Gageiro, 2003).

Com a aplicação desta técnica pretende-se obter um número reduzido de factores que permitam identificar as relações estruturais entre as variáveis que mais contribuem para a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E.

CAPÍTULO V -
Da Caracterização Geral
da Amostra à Satisfação dos
Utentes da URR do CHVNG/E

A capacidade para pensar em termos estatísticos, será um dia tão necessária para a cidadania efectiva como a capacidade para ler e escrever.

Maroco e Bispo (2003: 20)

Todos os tipos de empresas, públicas ou privadas, existem para satisfazerem a necessidade dos homens. (Pires, 2004) Porém a simples existência não basta, é imprescindível que a satisfação das necessidades se faça de acordo com critérios de exigência. Foi com base nesta premissa que se partiu para este estudo. Para melhorar os serviços de saúde prestados através da prestação de cuidados com qualidade, é fundamental destrinçar a satisfação da não satisfação dos clientes destes serviços, os utentes/doentes/pacientes/clientes.

Assim, pretende-se, neste capítulo, extrair conclusões que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e para o aumento da satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E.

A análise dos dados obtidos foi elaborada, como já se referiu, através de variadas análises estatísticas, utilizando o software SPSS e da análise de conteúdo às questões abertas. Decorrente desta análise, serão expostos ao longo deste capítulo os resultados desta investigação, o que contribuirá para a identificação dos aspectos onde se deve investir para melhorar a satisfação e eliminar/reduzir a não satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E.

Deste modo, no primeiro ponto será efectuada a análise exploratória sobre a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E, utilizando para isso a estatística descritiva. No segundo ponto elaborar-se-á a análise factorial exploratória, com o intuito de reduzir o número de variáveis em estudo e identificar as que, na óptica dos utentes, mais contribuem para a qualidade da URR do CHVNG/E.

Quadro 5.1: Questões e técnicas estatísticas

Questões	Dimensões e componentes	Técnica estatística
78 – 88	Dados pessoais	Estatística descritiva
1 – 9	Informação descritiva sobre o processo de admissão e permanência na URR	
10 – 48	Avaliação dos aspectos dos cuidados na URR	
49 – 51	Avaliação geral dos cuidados prestados na URR	
52 – 58	Avaliação da satisfação com os cuidados prestados na URR	
59 – 60	Intenção de voltar à URR e recomendá-la a familiares e amigos	
61 – 64	Questões de opinião geral	
65 – 77	Avaliação do estado de saúde actual	
	Identificação de outros factores de satisfação	Análise factorial através do método das componentes principais

V.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

A caracterização geral da amostra é obtida através dos dados pessoais recolhidos na parte final do questionário (abrange as questões 78 a 88). Optou-se por iniciar, assim, a análise dos dados para facilitar a compreensão dos resultados obtidos. Posteriormente serão analisados e descritos também os dados relativos ao programa de reabilitação respiratória dos respondentes, abrangendo as restantes questões do questionário: entre a 1 e a 79.

V.1.1 Características Demográficas e Descritivas dos Respondentes

Pretende-se neste ponto, elaborar a caracterização dos indivíduos que responderam ao questionário, efectuando-se no final um quadro resumo dos dados pessoais.

V.1.1.1 Dados Pessoais

No que concerne à distribuição dos inquiridos pelo local de residência e concelho, optou-se por não colocar o gráfico referente à residência, uma vez que se verifica uma proveniência variada das diversas freguesias dos distritos do Porto, de Aveiro e de Viana do Castelo. Denota-se, contudo, uma maior concentração de utentes no concelho de Vila Nova de Gaia com 74,4%, seguindo-se o concelho de Gondomar com 8,5%, e os concelhos de Espinho e Santa Maria da Feira com 3,7% cada. Os demais utentes provêm dos restantes concelhos dos distritos supra-referidos, podendo concluir-se que os utentes da URR do CHVNG/E são oriundos dos concelhos a Norte do rio Vouga, o que está de acordo com a Rede de Referência Hospitalar para o CHVNG/E. (Figura 5.1)

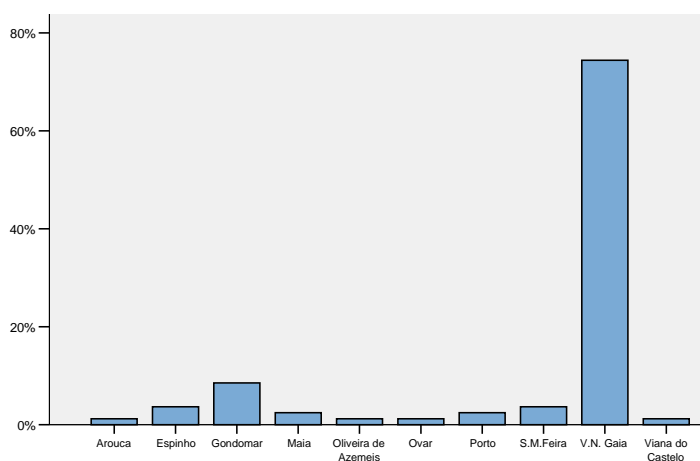


Figura 5.1: Distribuição dos inquiridos pelos concelhos de origem

Decorrente da análise da figura 5.2, verifica-se que a maioria dos inquiridos é do género masculino (59,8%).

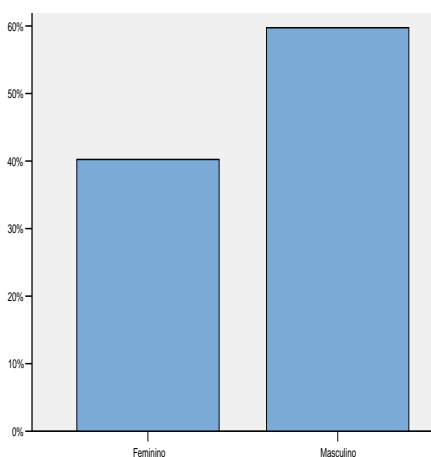


Figura 5.2: Distribuição dos inquiridos por género

De forma a facilitar o estudo da idade dos indivíduos, dividiram-se os dados em grupos etários e verifica-se que a maioria dos inquiridos se situa no grupo etário [50 , 65[, com uma percentagem de 43,9%, seguido do grupo etário dos [65 , 80[, com uma percentagem de 35,4%. Somando estas percentagens, pode inferir-se que 79,3% dos utentes da URR se encontra entre a meia idade e a velhice, aproximando-se do final da vida activa, a que se segue a aposentação. (Figura 5.3)

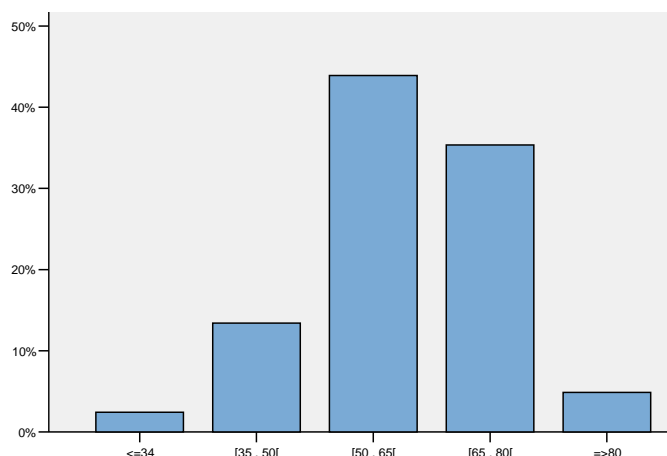


Figura 5.3: Distribuição dos inquiridos por grupos etários

No que respeita ao estado civil (figura 5.4), constata-se que 76,8% dos inquiridos são “casados”, 12,2% são “viúvos”, 4,9% são “solteiros”, 3,7% são “divorciados” e 2,4% são “separados”.

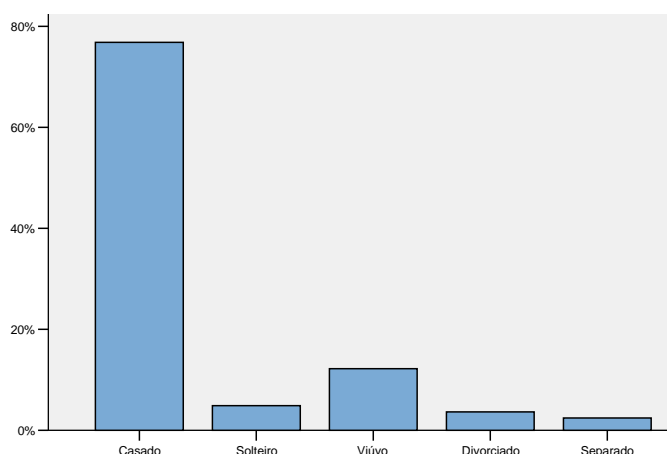


Figura 5.4: Distribuição dos inquiridos pelo estado civil

Os inquiridos apresentam actividades profissionais bastante diversificadas, indo da actividade de doméstica a profissionais do terceiro sector.

Considerou-se importante conhecer a situação profissional actual dos inquiridos; assim, de acordo com a figura 5.5 verifica-se que a maioria dos utentes inquiridos são

“reformados” (48,8%), “trabalhadores por conta de outrem” e “inválidos”, com uma percentagem igual de 15,9%; os restantes distribuem-se pelas várias situações profissionais com pequenas percentagens.

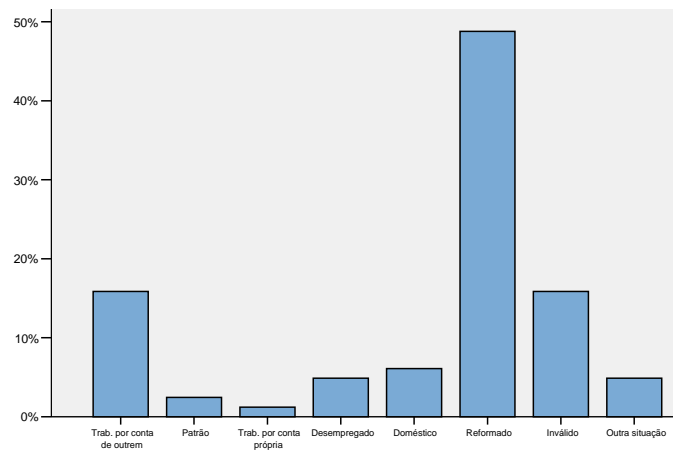


Figura 5.5: Distribuição dos inquiridos pela situação profissional

Relativamente ao grau de ensino dos utentes da URR do CHVNG/E, apurou-se que 76,8% dos inquiridos possuem o “ensino básico”, 14,6% o “ensino secundário”, 4,9% o “ensino médio”, 2,4% “sabe ler e escrever” e 1,2% “não sabe ler nem escrever”. (Figura 5.6)

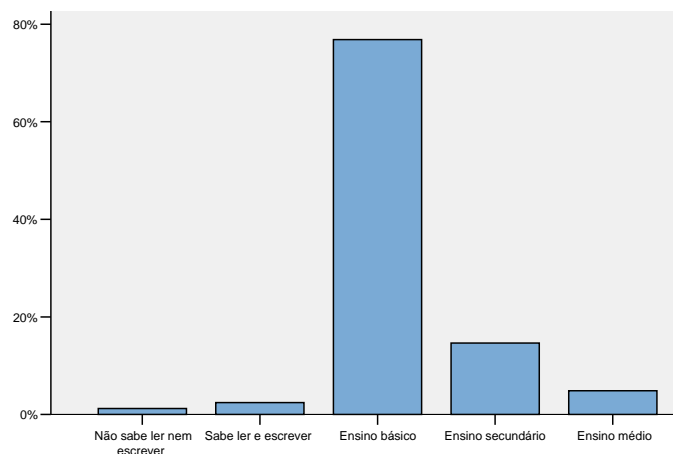


Figura 5.6: Distribuição dos inquiridos pelo grau de ensino

V.1.1.2 Rendimentos Mensais

No que respeita ao rendimento mensal médio dos utentes inquiridos (figura 5.7), após a análise da figura 6.6 constata-se que 31,6% tem um rendimento mensal médio de “400€ até 750€”, 25,3% “até 250€”, 21,5% “de 250€ até 400€”, 15,2% “de 750€ até 1500€” e apenas 6,3% tem um rendimento médio “de 1500€ até 2500€”; 3 dos inquiridos não responderam a esta questão.

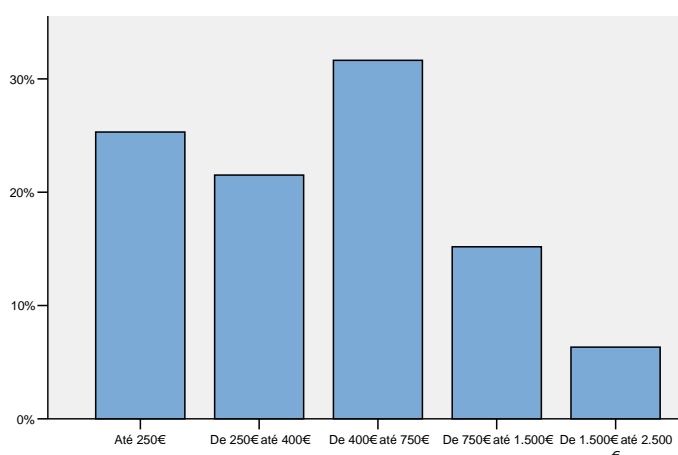


Figura 5.7: Distribuição dos inquiridos pelo rendimento mensal médio, depois dos descontos

Quanto ao rendimento médio mensal do agregado familiar (figura 5.8) verifica-se que a maioria (39,1%) dos inquiridos refere receber entre 750€ e 1500€. No escalão anterior (“de 400€ a 750%”) situam-se 29,0% dos inquiridos, no escalão “de 250€ a 400€” encontram-se 14,5% e no escalão “até 250€” 7,2%. Nos valores mais elevados “de 1500€ a 2500€” tem-se 8,7% dos inquiridos e “mais de 2500€” 1,4%. Dos utentes inquiridos, 13 não responderam a esta questão.

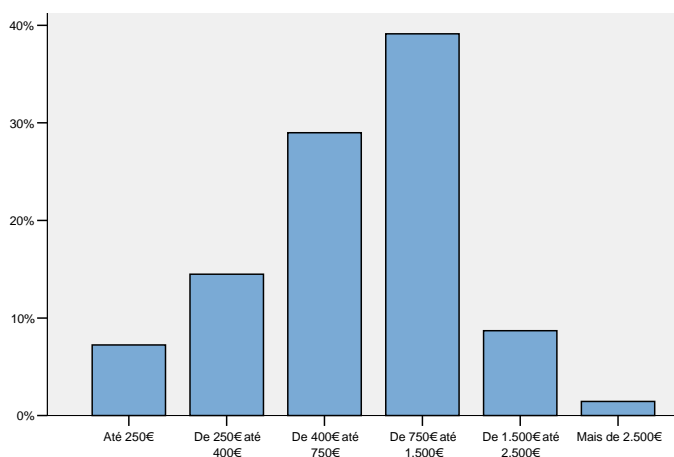


Figura 5.8: Distribuição dos inquiridos pelo rendimento líquido mensal médio do agregado familiar

V.1.1.3 Relação do Utente com o CHVNG/E

Quando questionados acerca da sua relação com o CHVNG/E, todos os inquiridos responderam que não eram funcionários desta instituição.

Na figura 5.9 observa-se que 93,9% dos utentes inquiridos responderam que ninguém da sua família era funcionário do Centro, verificando-se que apenas 6,1% responderam afirmativamente a esta questão.

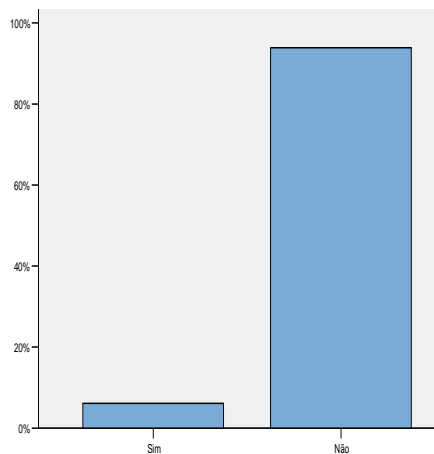


Figura 5.9: Distribuição dos inquiridos pelos laços familiares a funcionários do CHVNG/E

Apresenta-se seguidamente um quadro resumo com os resultados mais significativos dos dados pessoais dos utentes da URR do CHVNG/E.

Quadro 5.2: Símula dos dados pessoais

	Maioritariamente os inquiridos são ou têm:
Concelho de proveniência	Vila Nova de Gaia
Género	Masculino
Grupo etário	[50 , 65[
Estado Civil	Casados
Profissão	Muito variada
Situação profissional actual	Reformados
Grau de ensino	Ensino básico
Rendimento mensal médio individual	De 400€ a 750€
Rendimento mensal médio do agregado familiar	De 750€ a 1500€
Utentes funcionários do CHVNG/E	Nenhum
Familiares de funcionário do CHVNG/E	93,9% não são

V.1.2 Informação Descritiva sobre o Processo de Admissão e de Permanência na URR do CHVNG/E

Neste ponto serão analisados os dados relativos ao processo de admissão e permanência na URR, descrevendo os resultados mais significativos.

V.1.2.1 Dados sobre o Programa de Reabilitação Respiratória

Dos 82 utentes inquiridos, 59,8% recorreram à URR para realizar um programa de reabilitação respiratória quatro ou mais vezes (figura 5.10); dos restantes inquiridos, 30,5% recorreu a esta unidade apenas uma vez, 7,3% duas vezes e 3,4% três vezes.

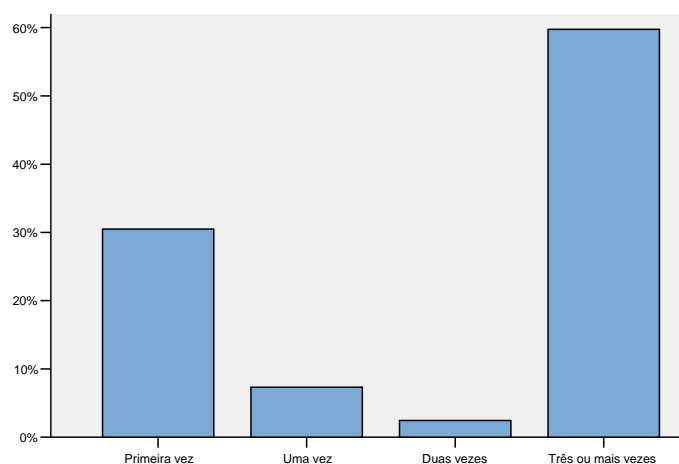


Figura 5.10: Distribuição dos inquiridos pelo número de vezes que recorrem à URR

Dos inquiridos, 92,7% já foi tratado na consulta externa ou no internamento desta instituição; apenas 7,3% responderam negativamente a esta questão. (Figura 5.11)

Relativamente às dificuldades sentidas no acesso ao hospital e no regresso a casa, a maioria dos inquiridos (65,9%) não sentiu qualquer dificuldade, sendo que 34,1% referiu sentir dificuldades. (Figura 5.12)

Dos 34,1% que sentiram dificuldades no transporte, 71,4% atribuíram essas dificuldades à localização do hospital, 7,1% ao estacionamento, 3,6% ao edifício e 17,9% a outras situações, sendo a mais referida a sua condição de saúde. (Figura 5.13)

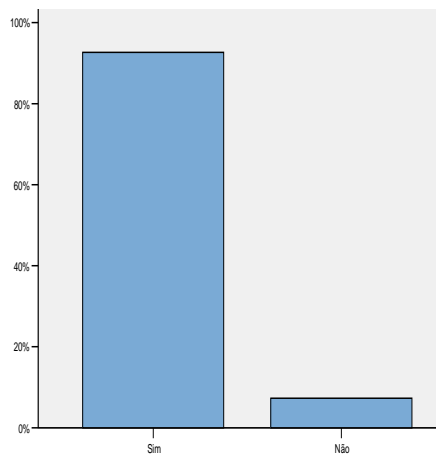


Figura 5.11: Tratamentos na consulta externa ou internamento do CHVNG/E

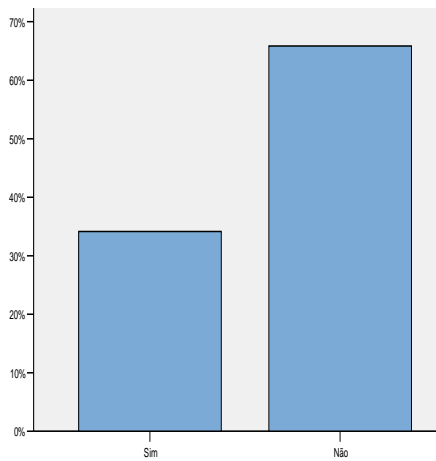


Figura 5.12: Dificuldades de transporte no acesso ao CHVNG/E e no regresso a casa

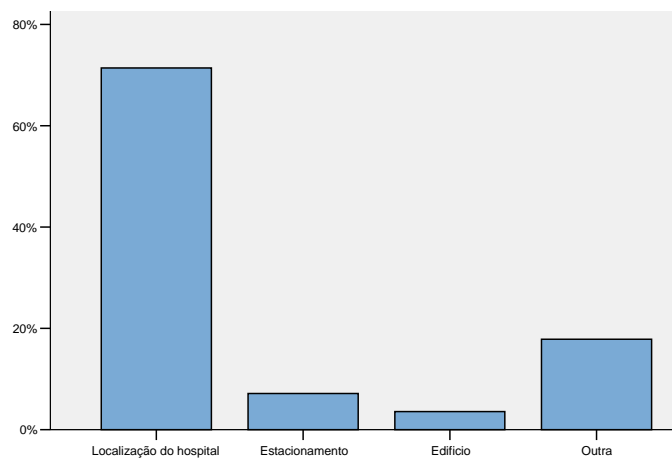


Figura 5.13: Especificação das dificuldades de transporte

No que respeita à admissão dos utentes inquiridos, 45,1% foi feita através das consultas externa da instituição, 32,9% dos inquiridos foram encaminhados a partir do internamento, 2,4% de outra instituição e 19,5% referiram terem sido admitidos através de outra situação, principalmente do Centro de Saúde. (Figura 5.14)

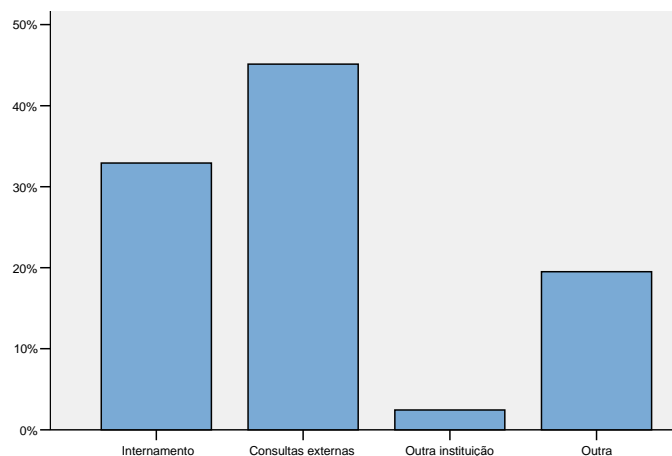


Figura 5.14: Processo de admissão

Relativamente ao tempo que os inquiridos esperaram para realizar o programa de reabilitação respiratória, verifica-se que 74,4% responderam que não esperaram, o que provavelmente estará relacionado com o facto de no final de cada programa ser marcado o seguinte. Contudo, 1,2% referiu ter esperado 360 dias pela realização do programa (figura 5.15).

Observa-se, no entanto, que 90,2% dos inquiridos consideraram que este tempo de espera foi “o necessário”, 2,4% “curto de mais”, 1,2% “longo de mais” e 6,1% não tem a certeza (figura 5.16).

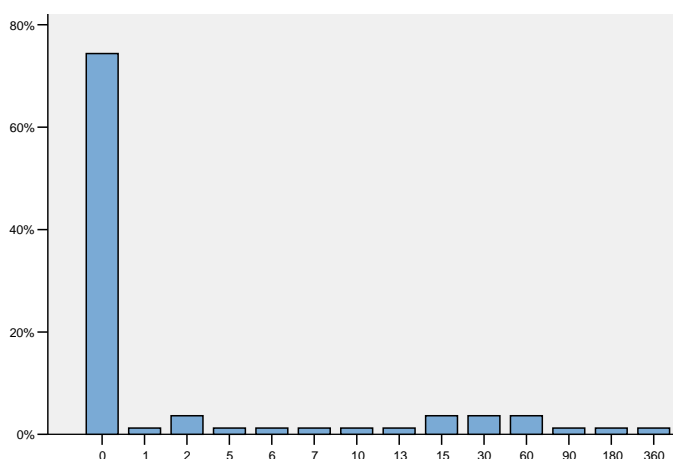


Figura 5.15: Tempo, em dias, que os inquiridos esperaram para realizar este programa de reabilitação respiratória

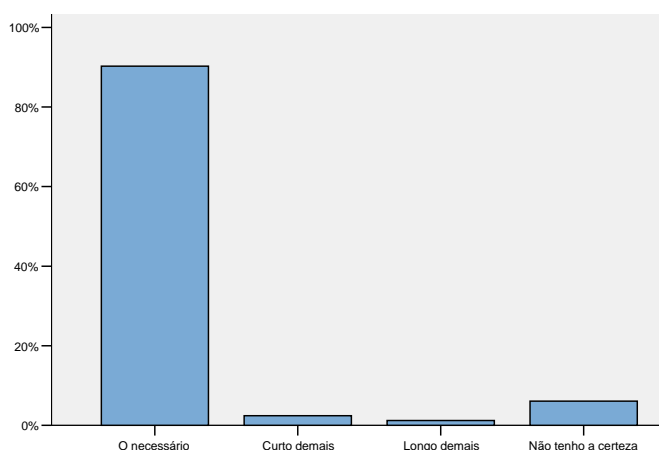


Figura 5.16: Apreciação dos inquiridos relativamente ao tempo de espera

Quanto ao número de sessões que os inquiridos realizaram, verificou-se que este variava bastante. Registaram-se programas de reabilitação respiratória com cinco sessões e outros com um máximo de quarenta e uma sessões. Deste modo, optou-se por apresentar o quadro seguinte (quadro 5.3) onde se pode analisar o número médio de sessões de reabilitação respiratória (15,32), sendo a variedade dos dados confirmada pelo desvio padrão (6,204).

Quadro 5.3: Número de sessões do programa de reabilitação respiratória

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quantas sessões fez neste programa de reabilitação respiratória? Dias?	82	5	41	15,32	6,204
Total (válidos)	82				

Quando questionados se na alta, isto é, no final do programa de reabilitação respiratória, foi marcada uma consulta de seguimento (figura 5.17) 80,5% dos inquiridos responderam afirmativamente.

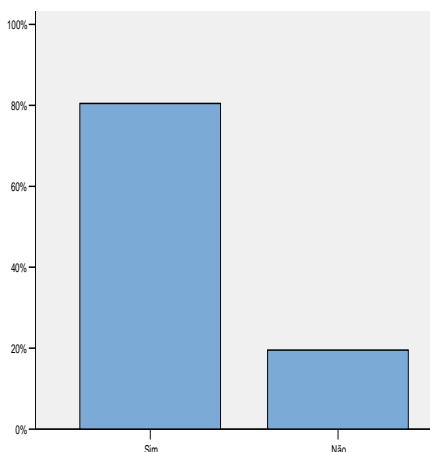


Figura 5.17: Marcação de consulta de seguimento após a alta

Considerou-se importante conhecer se os utentes da URR têm informação sobre como reclamar (figura 5.18), caso necessitem, tendo-se obtido 93,9% de respostas negativas.

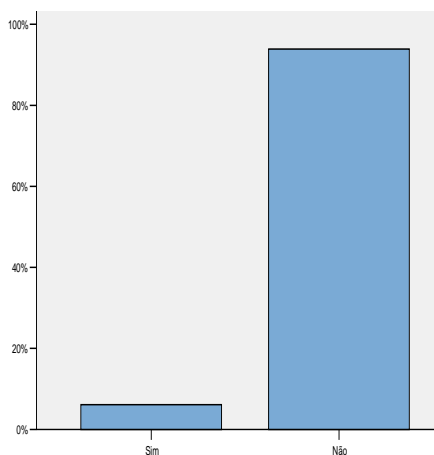


Figura 5.18: Informação sobre como reclamar em caso de necessidade

De seguida apresenta-se um quadro resumo com os resultados mais significativos dos dados do programa de reabilitação respiratória da URR.

Quadro 5.4: Símula dos dados do programa de reabilitação respiratória

	Maioritariamente os inquiridos:
Número de vezes que recorreram à URR	Três ou mais
Tratamentos prévios na consulta externa ou internamento do CHVNG/E	Sim
Dificuldades de transporte no acesso ao hospital e no regresso a casa	Não
Especificação das dificuldades de transporte	Localização do hospital
Processo de admissão	Consulta externa
Tempo de espera, em dias, para a realização do programa de reabilitação respiratória	0 dias (não há lista de espera)
Número de sessões do programa de reabilitação respiratória	Quinze sessões, em média
Marcação de consulta de seguimento após a alta	Sim
Informação sobre como reclamar em caso de necessidade	Não

V.1.3 Avaliação de Múltiplos Aspectos dos Cuidados na URR

Seguidamente serão analisadas as questões para as quais se utilizou a escala de Likert como resposta. Para estas questões considerou-se pertinente a apresentação de quadros elucidativos das mesmas.

V.1.3.1 Admissão

Em relação às questões 10, 11, 12 e 13 do questionário, cujo título é Admissão, subdividiu-se esta em quatro partes a que se designou dimensões (Quadro 5.5).

Quadro 5.5: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao processo de admissão

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Eficiência do processo de admissão N = 82 (100%)	38 (46,3)	14 (17,1)	18 (22,0)	10 (12,2)	0 (0,0)	2 (2,4)
Preparação para as sessões N = 82 (100%)	48 (58,5)	18 (22,0)	11 (13,4)	4 (4,9)	0 (0,0)	1 (1,2)
Atenção que foi dada às suas necessidades N = 82 (100%)	66 (80,5)	9 (11,0)	6 (7,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
Tempo de espera N = 82 (100%)	25 (30,5)	24 (29,3)	20 (24,4)	6 (7,3)	5 (6,1)	2 (2,4)

Dimensão 1 – Eficiência do processo de admissão

Esta dimensão prende-se com a facilidade em abrir um processo, incluindo o tempo que demorou. Verifica-se que 46,3% dos inquiridos consideram “excelente” a eficiência do processo de admissão, 17,1% consideram “muito bom”, 22,0% consideram “bom”. Apesar de ninguém responder “mau”, 4,9% consideram “regular”. Salienta-se, assim, que 85,4% dos inquiridos se consideram satisfeitos com a eficiência do processo de admissão.

Dimensão 2 – **Preparação para as sessões**

Quanto às instruções para a preparação das sessões e informações sobre as sessões, a maioria (58,5%) dos inquiridos considera “excelente”, 22,0% dos inquiridos considera “muito bom” e 13,6% considera “bom”, verificando-se que 93,9% dos respondentes está satisfeita com este ponto. De facto, apenas 4,9% dos inquiridos considera a preparação das sessões “regular”.

Dimensão 3 – **Atenção que foi dada às suas necessidades**

Nesta dimensão pretende-se avaliar a forma como o utente foi recebido pelos profissionais (administrativos e enfermeiros), assiste-se a uma melhoria da satisfação em relação às dimensões anteriores. Os parâmetros “mau” e “regular” não foram referenciados, 80,5% dos inquiridos consideram “excelente”, 11,9% consideram “muito bom” e 7,3% consideram “bom”. Conclui-se, portanto, que os utentes inquiridos estão muito satisfeitos com esta dimensão da admissão.

Dimensão 4 – **Tempo de espera**

Relativamente ao tempo que os utentes esperam entre registar a sua chegada e começar a fazer os tratamentos, 30,5% dos inquiridos consideram-no “excelente”, 29,3% “muito bom” e 24,4% “bom”, o que perfaz um total de 84,4% de indivíduos satisfeitos com este ponto. Dos restantes inquiridos, 7,3% consideram o tempo de espera “regular” e 6,1% consideram-no “mau”.

Nas quatro dimensões desta questão – Admissão – constata-se que os inquiridos se encontram maioritariamente **satisfeitos** com o **processo de admissão na URR do CHVNG/E**, já que a maioria deles seleccionou respostas consideradas para a satisfação em todas as dimensões, sendo a que obteve pontuação mais baixa o tempo de espera e a mais elevada a atenção que foi dada às necessidades dos utentes.

V.1.3.2 Cuidados na URR do CHVNG/E

Seguidamente são analisadas as questões 14 a 18 do questionário, que correspondem aos cuidados na URR, referindo-as em dimensões.

Quadro 5.6: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação aos cuidados na URR

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Satisfação das suas necessidades N = 82 (100%)	61 (74,4)	15 (18,3)	4 (4,9)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Coordenação de cuidados N = 82 (100%)	61 (74,4)	15 (18,3)	3 (3,7)	3 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ajuda e simpatia N = 82 (100%)	67 (81,7)	11 (13,4)	3 (3,7)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sensibilidade para os problemas N = 82 (100%)	60 (73,2)	14 (17,1)	5 (6,1)	3 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Duração do programa N = 82 (100%)	50 (60,1)	22 (26,8)	5 (6,1)	3 (3,7)	0 (0,0)	2 (2,4)

Dimensão 1 – Satisfação das suas necessidades

Pretende-se avaliar neste ponto a vontade do pessoal de satisfazer as necessidades do utente, observando-se que os inquiridos se encontram muito satisfeitos, pois 74,4% considera este ponto “excelente”, 18,3% “muito bom”, 4,9% “bom” e apenas 2,4% consideram-no “regular”, não existindo a resposta “mau”. Obteve-se uma percentagem de 97,6% de pessoas satisfeitas.

Dimensão 2 – Coordenação de cuidados

Esta dimensão refere-se ao trabalho em equipa de todo o pessoal cuidador da URR do CHVNG/E. Salienta-se o facto de mais uma vez, ninguém ter considerado a resposta “mau” e apenas 3,7% ter respondido que a coordenação de cuidados era “regular”. Logo, 96,4% dos inquiridos encontram-se satisfeitos com este ponto, sendo que 74,4% consideram-no “excelente”, 18,3% “muito bom” e 3,7% “bom”.

Dimensão 3 – Ajuda e simpatia

Avaliou-se a capacidade do pessoal de fazer o/a utente sentir-se confiante e seguro, tendo-se observado que 81,7% consideram-na “excelente”, 13,4% “muito bom”, 3,7% “bom”, o que perfaz um total de 98,8% de população inquirida satisfeita. De referir que não houve resposta “mau” e apenas 1,2% considera a ajuda e simpatia “regular”.

Dimensão 4 – **Sensibilidade para os problemas**

No que concerne à sensibilidade do pessoal em relação aos problemas e preocupações dos utentes, observa-se 73,2% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 17,1% “muito bom” e 6,1% “bom”. Assim, tem-se uma percentagem de 96,4% de indivíduos satisfeitos. Os restantes 3,6% consideram-na “regular”

Dimensão 5 – **Duração do programa**

Relativamente ao tempo que demorou o programa de reabilitação respiratória, isto é o número de sessões realizadas, salienta-se o facto de ninguém ter considerado a resposta “mau” e apenas 3,7% ter respondido que o tempo de duração do programa era “regular”. Deste modo, 93,9% dos inquiridos estão satisfeitos com esta dimensão, sendo que 61,0% considera a duração do programa “excelente”, 26,8% considera “muito bom” e 6,1% considera “bom”.

Da análise das respostas, conclui-se que os utentes se encontram maioritariamente **satisfeitos** com os **cuidados na URR do CHVNG/E**.

V.1.3.3 **Informações**

Quadro 5.7: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à informação

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Facilidade em obter informações N = 82 (100%)	53 (64,6)	18 (22,0)	8 (9,8)	2 (2,4)	0 (0,0)	1 (1,2)
Informações N = 82 (100%)	53 (64,6)	15 (18,3)	12 (14,6)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)

No que respeita à informação, questões 19 e 20 do questionário, verificou-se para cada uma das dimensões o seguinte:

Dimensão 1 – **Facilidade em obter informações**

Esta dimensão diz respeito à vontade do pessoal de responder às perguntas dos utentes, tendo-se verificado que 64,6% consideram-na “excelente”, 22,0% consideram

“muito bom” e 9,8% “bom, o que perfaz um total de 96,4% de indivíduos satisfeitos. Os restantes inquiridos consideram a facilidade em obter informações “regular”.

Dimensão 2 – **Informações**

Quanto à forma como os utentes foram esclarecidos sobre procedimentos ou tratamentos e o que esperar deles, 64,6% responderam “excelente”, 18,3% responderam “muito bom”, 14,6% responderam “bom”. Verifica-se, assim, que 97,5% dos respondentes estão satisfeitos quanto ao esclarecimento sobre procedimentos ou tratamentos e o que esperar deles.

Da análise dos resultados destas questões, conclui-se que os utentes se encontram na sua maioria **satisfeitos** com a **informação** que lhes é facultada.

V.1.3.4 Pessoal de Enfermagem

Quadro 5.8: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao pessoal de enfermagem

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Atendimento N = 82 (100%)	63 (76,8)	13 (15,9)	4 (4,9)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde N = 82 (100%)	60 (73,2)	13 (15,9)	7 (8,5)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Disponibilidade N = 82 (100%)	60 (73,2)	14 (17,1)	8 (8,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cuidados e carinho N = 82 (100%)	68 (82,9)	9 (11,0)	4 (4,9)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Informação fornecida N = 82 (100%)	61 (74,4)	15 (18,3)	5 (6,1)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)

Neste ponto procede-se à análise das respostas 21 a 25 do questionário, designando-se dimensões.

Dimensão 1 – **Atendimento**

Relativamente à forma como o pessoal de enfermagem atendeu os utentes e desempenhou as suas actividades, funções e tarefas, os resultados foram 76,8% para valores de “excelente”, 15,9% para “muito bom”, 4,9% para “bom” e 2,4% para “regular”. Deste modo, conclui-se que 97,6% dos inquiridos se encontram satisfeitos com o atendimento do pessoal de enfermagem.

Dimensão 2 – **Atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde**

Quanto à frequência com que pessoal de enfermagem verificou a evolução do estado de saúde do utente, 73,2% consideram-na “excelente”, 15,9% consideram “muito bom” e 8,5% “bom”, o que perfaz um total de 96,7% de pessoas satisfeitas. As restantes 2,3% consideram “regular” a atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde.

Dimensão 3 – **Disponibilidade**

Pretende-se avaliar, nesta dimensão, a forma como o pessoal de enfermagem deu resposta a dúvidas e solicitações dos utentes, tendo-se verificado que 73,2% consideram-na “excelente”, 17,1% consideram “muito bom” e 9,8% “bom”. De acordo com os resultados, pode-se considerar que os inquiridos estão satisfeitos com a disponibilidade do pessoal de enfermagem, pois perfazem um total de 100%, revelando uma satisfação absoluta.

Dimensão 4 – **Cuidados e Carinho**

Esta dimensão diz respeito à cortesia, respeito, amizade e gentileza com que o utente foi tratado pelo pessoal de enfermagem. Obteve-se a percentagem de 82,9% dos inquiridos que responderam “excelente”, 11,0% responderam “muito bom”, 4,9% “bom” e apenas 1,2% responderam “regular”. Assim, 98,8% dos inquiridos estão satisfeitos com estes cuidados.

Dimensão 5 – **Informação fornecida**

Trata-se da forma como o pessoal de enfermagem comunicou com os doentes e médicos, tendo-se obtido 74,4% de respostas “excelente”, 18,3% “muito bom” e 6,1% de “bom”, o que perfaz um total de 98,8% de indivíduos satisfeitos. Os restantes 1,2% responderam “regular”.

Verifica-se, assim, que a maioria dos utentes inquiridos está **satisfeita** com o **pessoal de enfermagem**.

V.1.3.5 Pessoal Médico

Quadro 5.9: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao pessoal médico

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Atenção prestada pelo médico ao seu estado de saúde N = 82 (100%)	61 (74,4)	12 (14,6)	5 (6,1)	3 (3,7)	1 (1,2)	0 (0,0)
Disponibilidade N = 82 (100%)	55 (67,1)	13 (15,9)	6 (7,3)	6 (7,3)	2 (2,4)	0 (0,0)
Cuidados e carinho N = 82 (100%)	64 (78,0)	9 (11,0)	8 (8,9)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)
Atendimento N = 82 (100%)	62 (75,6)	11 (13,4)	7 (8,5)	1 (1,2)	1 (1,2)	0 (0,0)
Informação fornecida N = 82 (100%)	62 (75,6)	15 (18,3)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,4)	1 (1,2)

Efectua-se, neste ponto, a análise das respostas 26 a 30 do questionário, continuando a designá-las dimensões.

Dimensão 1 – **Atenção prestada pelo médico ao seu estado de saúde**

No que respeita à frequência com que pessoal médico verificou a evolução do estado de saúde do utente, 74,4% consideram-na “excelente”, 14,6% consideram “muito bom” e 6,1% “bom”, o que perfaz um total de 95,1% de pessoas satisfeitas. Das restantes 3,7% consideram “regular” e 1,2% consideram “mau” a atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde.

Dimensão 2 – **Disponibilidade**

Com esta questão pretende-se conhecer a opinião dos utentes relativamente à facilidade em falar com o seu médico, tendo-se verificado que 67,1% consideram-na “excelente”, 15,9% consideram “muito bom”, 7,3% “bom”, 1,3% “regular” e 2,4% “mau”. 90,3% dos inquiridos encontram-se satisfeitos com a disponibilidade do pessoal médico.

Dimensão 3 – **Cuidados e Carinho**

Esta dimensão diz respeito à cortesia, respeito, amizade e gentileza com que o utente foi tratado pelo pessoal médico. Obtiveram-se 78,0%% dos inquiridos que

responderam “excelente”, 11,0% responderam “muito bom”, 9,8% “bom” e apenas “1,2%” responderam “mau”. Assim, 98,8% dos inquiridos estão satisfeitos com estes cuidados.

Dimensão 4 – **Atendimento**

Relativamente à forma como o pessoal médico atendeu o utente e o diagnosticou, examinou e tratou, os resultados foram 75,6% para valores de “excelente”, 13,4% para “muito bom”, 8,5% para “bom”, 1,2% para “regular” e 1,2% para “mau”. Deste modo, conclui-se que 97,6% dos inquiridos se encontram satisfeitos com o atendimento do pessoal médico.

Dimensão 5 – **Informação fornecida**

Trata-se da forma como médico informou o utente acerca da sua doença, do tratamento e do que fazer depois da alta, tendo-se obtido 75,6% de respostas “excelente”, 18,3% “muito bom” e 1,2% de “bom”, o que perfaz um total de 95,1% de indivíduos satisfeitos. Dos restantes 1,2% responderam “regular” e 2,4% responderam “Mau”.

Resultante da análise efectuada, conclui-se que os utentes inquiridos estão, na sua maioria, **satisfeitos** com o **pessoal médico**.

V.1.3.6 Outro Pessoal

Quadro 5.10: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação ao outro pessoal

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Pessoal auxiliar N = 82 (100%)	43 (52,4)	19 (23,2)	8 (9,8)	2 (2,4)	0 (0,0)	10 (12,2)
Pessoal administrativo N = 82 (100%)	51 (62,2)	17 (20,7)	11 (13,4)	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)

Este quadro corresponde à análise das questões 31 e 32 do questionário, verificando-se o nível de satisfação dos utentes em relação ao outro pessoal da URR do CHVNG/E e designando cada ponto como dimensões.

Dimensão 1 – **Pessoal auxiliar**

No que diz respeito à forma como o pessoal auxiliar desempenhou as suas tarefas e se relacionou com o utente, verifica-se que 52,4% dos inquiridos consideram “excelente”, 23,2% consideram “muito bom”, 9,8% bom e apenas 2,4% consideram este ponto “regular”. Embora para 12,2% dos inquiridos esta questão não se aplique, para os restantes pode concluir-se que 85,4% se encontram satisfeitos com o pessoal auxiliar.

Dimensão 2 – **Pessoal administrativo**

Quanto à forma como o pessoal administrativo desempenhou as suas tarefas e se relacionou com o utente, 62,2% dos inquiridos consideram “excelente”, 20,7% consideram “muito bom” e 13,4% “bom, o que perfaz um total de 96,3% de pessoas satisfeitas. Dos restantes inquiridos, 2,4% consideram o pessoal administrativo “regular” e 1,2% consideram “mau”.

Relativamente à satisfação dos utentes em relação ao outro pessoal, considera-se que se encontram, na sua maioria, **satisfeitos** com o **pessoal auxiliar** e com o **pessoal administrativo**.

V.1.3.7 Condições das Instalações

As condições das instalações estão contempladas nas questões 33 a 45 do questionário (Quadro 5.11).

Dimensão 1 – **Privacidade**

Nesta dimensão pretende-se conhecer a opinião dos inquiridos relativamente à forma como a sua privacidade foi assegurada. Verifica-se a distribuição das respostas por todos os itens da escala, sendo que 53,7% dos inquiridos responderam “excelente”, 25,6% responderam “bom” e 13,4% “muito bom”, o que perfaz um total de 92,7% de utentes satisfeitos. Apenas 6,1% respondeu “regular” a esta questão e 1,2% respondeu “mau”.

Dimensão 2 – **Sala de espera**

Em relação às condições da sala de espera, em termos de limpeza, conforto, iluminação e temperatura, 42,7% dos inquiridos consideram-nas “excelente”, 22,0%

consideram “muito bom”, 29,3% consideram “bom” e 6,1% consideram “regular”. Assim, 93,9% dos inquiridos estão satisfeitos com as condições da sala de espera.

Quadro 5.11: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação às condições das instalações

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Privacidade N = 82 (100%)	44 (53,7)	11 (13,4)	21 (25,6)	5 (6,1)	1 (1,2)	0 (0,0)
Sala de espera N = 82 (100%)	35 (42,7)	18 (22,0)	24 (29,3)	5 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sala de consulta N = 82 (100%)	40 (48,8)	22 (26,8)	14 (17,1)	6 (7,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ginásio N = 82 (100%)	48 (58,5)	21 (25,6)	12 (14,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Utilização de equipamentos de apoio N = 82 (100%)	49 (59,8)	19 (23,2)	12 (14,6)	1 (1,2)	1 (1,2)	0 (0,0)
Equipamento N = 82 (100%)	47 (57,3)	19 (23,2)	10 (12,2)	5 (6,1)	0 (0,0)	1 (1,2)
Ambiente físico N = 82 (100%)	41 (50,0)	19 (23,2)	20 (24,4)	1 (1,2)	1 (1,2)	0 (0,0)
Instalações sanitárias N = 82 (100%)	25 (30,5)	12 (14,6)	23 (28,0)	9 (11,0)	4 (4,9)	9 (11,0)
Sinalização N = 82 (100%)	45 (54,9)	18 (22,0)	12 (14,6)	5 (6,1)	1 (1,2)	1 (1,2)
Edifício N = 82 (100%)	24 (29,3)	30 (36,6)	18 (22,0)	9 (11,0)	1 (1,2)	0 (0,0)
Estacionamento N = 82 (100%)	6 (7,3)	9 (11,0)	11 (13,4)	11 (13,4)	15 (18,3)	30 (36,6)
Condições para o acompanhante N = 82 (100%)	13 (15,9)	6 (7,3)	12 (14,6)	9 (11,0)	0 (0,0)	42 (51,2)
Utilidades N = 82 (100%)	19 (23,2)	20 (24,4)	17 (20,7)	15 (18,3)	0 (0,0)	11 (13,4)

Dimensão 3 – **Sala de consulta**

Quanto às condições da sala de consulta, também em termos de limpeza, conforto, iluminação e temperatura, 48,8% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 26,8% consideram “muito bom”, 17,1% consideram “bom” e 7,3% consideram “regular”. Deste modo, 92,7% dos inquiridos estão satisfeitos com as condições da sala de consulta.

Dimensão 4 – **Ginásio**

Relativamente às condições da sala de espera, nos mesmos termos que os dois itens anteriores, 58,5% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 25,6% consideram “muito bom”, 14,6% consideram “bom” e 1,2% consideram “regular”. Logo, 98,8% dos inquiridos estão satisfeitos com as condições do ginásio.

Dimensão 5 – **Utilização de equipamentos de apoio**

Acerca da possibilidade de utilização de equipamentos de apoio (ex. cadeira de rodas, bengala, canadiana, etc. ...), 59,8% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 23,2% consideram “muito bom”, 14,6% consideram “bom”, o que perfaz 97,6% de indivíduos satisfeitos. De facto, apenas 1,2% consideram “regular” e a mesma percentagem considera “mau” a possibilidade de utilização de equipamentos de apoio.

Dimensão 6 – **Equipamento**

No que respeita à forma como o equipamento parece actualizado e em funcionamento, 57,3% dos inquiridos consideram “excelente”, 23,2% consideram “muito bom”, 12,2% consideram “bom” e 6,1% consideram “regular”. Assim, 93,8% dos inquiridos estão satisfeitos com esta questão.

Dimensão 7 – **Ambiente físico**

Nesta questão pretende-se saber como é que os utentes avaliam o ambiente físico da URR, no que respeita ao ruído, espaço, decoração, luminosidade e climatização. Obtiveram-se valores percentuais de 50,0% para a resposta “excelente”, 23,2% para a resposta “muito bom” e 24,4% para a resposta “bom”, o que perfaz um total de 82,2% de pessoas satisfeitas. Apenas 1,2% dos inquiridos reponderam “regular” e o mesmo valor percentual respondeu “mau” a esta questão.

Dimensão 8 – **Instalações sanitárias**

Quanto às condições das instalações sanitárias, em termos de limpeza, conforto e privacidade, 30,5% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 14,6% consideram “muito bom”, 28,0% consideram “bom”, 11,0% consideram “regular” e 4,9% consideram “mau”. Deste modo, verifica-se que este é um ponto com necessidade de intervenção, no sentido

de melhorar a satisfação dos utentes, pois obteve-se apenas a percentagem de 73,1%. Logo e de acordo com a operacionalização desta variável (satisfação), os utentes da URR não estão satisfeitos com as condições das instalações sanitárias.

Dimensão 9 – Sinalização

Acerca da facilidade que o utente tem em se orientar dentro do hospital, a maioria dos inquiridos considera-a “excelente” com 54,9%, seguindo-se com 22,0% os que a consideram “muito bom” e com 14,6% os que consideram “bom”, o que perfaz 91,5% de indivíduos satisfeitos. Dos restantes inquiridos, 6,1% consideram “regular” e 1,2% consideram “mau” a sinalização.

Dimensão 10 – O edifício

Relativamente à opinião dos utentes sobre o edifício onde está instalada a URR, 29,3% dos inquiridos consideram-na “excelente”, 36,6% consideram “muito bom” e 22,0% consideram “bom”, o que perfaz 87,8% de pessoas satisfeitas. Os restantes inquiridos distribuíram-se pelas respostas “regular” com 11,0% e “mau” com 1,2%.

Dimensão 11 – Estacionamento

Neste ponto pretende-se conhecer o que pensam os inquiridos sobre os lugares de estacionamento disponíveis e a sua localização. Verifica-se existir uma distribuição das respostas por todos os itens da escala, sendo notória uma diminuição na satisfação, pois apenas 7,3% dos inquiridos responderam “excelente”, acontecendo também que na resposta “muito bom” a percentagem é só de 11,0% e a resposta “bom” apresenta o valor de 13,4%. É, também, relevante a percentagem de inquiridos aos quais esta questão não se aplica (36,6%), provavelmente porque utilizam transportes públicos para se deslocarem. Registam-se, ainda, 13,4% de respostas “regular” e 18,3% “mau”. Conclui-se, assim, que os respondentes não estão satisfeitos com o estacionamento.

Dimensão 12 – Condições para o acompanhante

Em relação ao local de espera e instalações para o acompanhante, 15,9% dos inquiridos consideram esta questão “excelente”, 7,3% consideram “muito bom” e 14,6% consideram “bom” e 11,0% consideram “regular”. Tal como no item anterior, a percentagem de inquiridos aos quais esta questão não se aplica é bastante significativo (51,2%), o que pode estar relacionado com o facto dos utentes não levarem acompanhante. Assim, conclui-se que os respondentes estão satisfeitos com as condições para o acompanhante, pois a soma das percentagens de satisfação é de 77,5%.

Dimensão 13 – Utilidades

No que respeita ao acesso a um telefone, caixa multibanco, televisão, bar/consumíveis, etc., 23,2% dos inquiridos responderam “excelente”, 24,4% responderam “muito bom”, 20,7% responderam “bom”. Nesta questão também é considerável o número de inquiridos aos quais a mesma não se aplica, com 13,4%, provavelmente porque não necessitaram destas utilidades. Os restantes inquiridos, 18,3%, responderam “regular”. Verifica-se que a soma das percentagens dos indivíduos respondentes é de 78,9%, daí que se possa afirmar que estes se encontram maioritariamente satisfeitos com as utilidades existentes da URR.

No que respeita à **satisfação** com as dimensões analisadas, considera-se que os utentes estão maioritariamente satisfeitos em relação à **privacidade**, à **sala de espera**, à **sala de consulta**, ao **ginásio**, à **utilização de equipamentos de apoio**, ao **equipamento**, ao **ambiente físico**, à **sinalização** e ao **edifício**; apresentam, na sua maioria, um nível de **satisfação mais baixo** em relação às **condições para o acompanhante** e às **utilidades**; e encontram-se maioritariamente **não satisfação** em relação às **instalações sanitárias** e ao **estacionamento**.

V.1.3.8 Alta

Quadro 5.12: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à alta

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Procedimentos de alta N = 82 (100%)	47 (57,3)	16 (19,5)	14 (17,1)	4 (4,9)	1 (1,2)	0 (0,0)
Planeamento de alta N = 82 (100%)	50 (61,0)	11 (13,4)	16 (19,5)	3 (3,7)	1 (1,2)	1 (1,2)
Coordenação de cuidados N = 82 (100%)	32 (39,0)	13 (15,9)	10 (12,2)	8 (9,8)	0 (0,0)	19 (23,2)

No que concerne com a alta, serão abordadas as questões 46, 47 e 48 de questionário.

Dimensão 1 – **Procedimentos de alta**

Com esta questão pretende-se conhecer a opinião dos inquiridos relativamente à forma como se processou a alta, sendo que 57,3% a consideraram “excelente”, 19,5% “muito bom” e 17,1% “bom”, o que perfaz um total de 93,9% de indivíduos satisfeitos. Apenas 4,9% consideraram a forma como se processou a alta “regular” e 1,2% “mau”.

Dimensão 2 – **Planeamento de alta**

Relativamente à opinião dos inquiridos quanto às instruções/ensinos que receberam sobre o que fazer e esperar após a alta, 61,0% dos inquiridos responderam “excelente”, 13,4% “muito bom” e 19,5% “bom”, o que perfaz um total de 93,9% de pessoas satisfeitas. Dos restantes inquiridos, 3,7% responderam “regular”, 1,2% “mau” e 1,2% “não se aplica”

Dimensão 3 – **Coordenação de cuidados**

No que respeita ao esforço do pessoal do hospital para satisfazer as necessidades dos utentes depois da alta, 39,0% dos inquiridos responderam “excelente”, 15,9% “muito bom” e 12,2% “bom” e 9,8% regular. É significativa a percentagem de utentes aos quais esta questão não se aplica (23,2%). Assim, verifica-se que a soma das percentagens dos indivíduos respondentes é de 87,3%, daí que se possa afirmar que estes se encontram satisfeitos com coordenação de cuidados aquando da alta.

Decorrente da análise efectuada a estas dimensões, conclui-se que os utentes estão, na sua maioria, **satisfeitos** com os **procedimentos de alta**, o **planeamento de alta** e a **coordenação de cuidados**.

De seguida apresenta-se um quadro resumo com os resultados mais significativos da avaliação de múltiplos aspectos dos cuidados na URR.

Quadro 5.13: Súmula da avaliação de múltiplos aspectos dos cuidados na URR

	Maioritariamente os inquiridos estão:
Processo de admissão	Satisfeitos
Cuidados na URR	Satisfeitos
Informação	Satisfeitos
Pessoal (de enfermagem, médico e outros)	Satisfeitos
Condições das instalações	Satisfeitos em relação à maior parte das instalações; Não satisfeitos com as instalações sanitárias e estacionamento
Processo de alta	Satisfeitos

V.1.4 Avaliação Geral da Qualidade dos Cuidados Prestados

Neste ponto pretende-se analisar a avaliação geral dos utentes em relação aos cuidados prestados na URR do CHVNG/E.

V.1.4.1 Opinião Geral

Quadro 5.14: Distribuição da opinião geral dos inquiridos em relação às condições da URR

Critérios	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
Qualidade da URR N = 82 (100%)	44 (53,7)	28 (34,1)	9 (11,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Impacto do programa N = 82 (100%)	41 (50,0)	21 (25,6)	15 (18,3)	4 (4,9)	1 (1,2)	0 (0,0)
Imagem da URR N = 82 (100%)	29 (35,4)	18 (22,0)	11 (13,4)	2 (2,4)	0 (0,0)	22 (26,8)

Em seguida serão analisadas as questões 49, 50 e 51 do questionário, recorrendo-se ao dimensionamento das mesmas para uma mais fácil compreensão.

Dimensão 1 – **Qualidade da URR**

Trata-se de averiguar a impressão geral sobre os cuidados e serviços prestados na URR. 53,7% dos inquiridos avaliam-na como “excelente”, 34,1% como “muito bom”, 11,0% como “bom e 1,2% como “regular”. Tem-se, assim, uma percentagem de 98,8% de inquiridos satisfeitos com a qualidade da URR.

Dimensão 2 – **Impacto do programa**

Acerca da medida em que o programa de reabilitação respiratória contribuiu para as melhoras dos utentes, 50,0% dos inquiridos responderam “excelente”, 25,6% responderam “muito bom” e 18,3% “bom”, o que perfaz um total de 93,9% de indivíduos satisfeitos com a melhoras obtidas. No entanto, 4,9% dos inquiridos consideram esta dimensão “regular” e 1,2% “mau”.

Dimensão 3 – **Imagem da URR**

Pretende-se conhecer a reputação da URR na comunidade do utente. Tem-se com 35,4% uma imagem de “excelente”, com 22,0% “muito bom”, com 13,4% “bom” e com 2,4% “regular”. A percentagem de inquiridos aos quais esta questão não se aplica é 26,8%, provavelmente por nunca ter ouvido comentários sobre a URR do CHVNG/E. Assim, obteve-se 96,7% de respondentes satisfeitos com a imagem desta unidade.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos apresenta um índice de **satisfação elevada** em relação à **opinião geral da URR do CHVNG/E**.

Apresenta-se em seguida um quadro resumo com os resultados mais significativos da avaliação geral da qualidade dos cuidados prestados.

Quadro 5.15: Súmula da avaliação geral da qualidade dos cuidados prestados

	Maioritariamente os inquiridos estão:
Qualidade da URR	Satisfeitos
Impacto do programa de reabilitação respiratória	Satisfeitos
Imagem da URR	Satisfeitos

V.1.5 Avaliação da Satisfação com os Cuidados Prestados

Neste ponto pretende-se analisar a satisfação global dos utentes em relação aos cuidados prestados na URR do CHVNG/E.

V.1.5.1 Satisfação Global

O quadro 5.16 refere-se às questões 52 a 58 do questionário, onde a escala de Likert utilizada assume valores de “concordo plenamente”, “concordo”, “discordo” e “discordo plenamente”. Estas questões serão dimensionadas para melhor se estudarem.

Quadro 5.16: Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação à satisfação global

Critérios	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
Fui tão bem tratado/a no hospital que até comentei com a minha família e amigos. N = 82 (100%)	49 (59,8)	31 (37,8)	2 (2,4)	0 (0,0)
Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a. N = 82 (100%)	3 (3,7)	22 (26,8)	48 (58,5)	9 (11,0)
O hospital deveria ter permitido que familiares meus participassem mais nos cuidados que me foram prestados. N = 82 (100%)	3 (3,7)	14 (17,1)	58 (70,7)	7 (8,5)
Soube sempre quem era o meu médico assistente. N = 82 (100%)	69 (84,1)	9 (11,0)	4 (4,9)	0 (0,0)
Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados. N = 82 (100%)	12 (14,6)	24 (29,3)	45 (54,9)	1 (1,2)
Fui muito bem tratado/a pelos médicos. N = 82 (100%)	66 (80,5)	15 (18,5)	0 (0,0)	1 (1,2)
Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros. N = 82 (100%)	70 (85,4)	11 (13,4)	1 (1,2)	0 (0,0)

Dimensão 1 – “Fui tão bem tratado/a no hospital que até comentei com a minha família e amigos”

Relativamente a esta afirmação, 59,8% dos inquiridos responderam “concordo plenamente”, 37,8% “concordo” e 2,4% “discordo”, logo 97,6% dos inquiridos estão satisfeitos com o tratamento na URR.

Dimensão 2 – “Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a”

Nesta questão, as respostas, aparentemente negativas, assumem uma atitude positiva, pois quando 11,0% dos inquiridos referem “discordo plenamente” e 58,5% “discordo”, significa que se encontram satisfeitos com o tratamento na URR, atingindo um valor percentual de 69,5%. Contudo, 30,5% referem que gostariam de ter participado mais

nas decisões referentes à forma como foram tratados, sendo que 26,8% “concorda” com a afirmação e 3,7% concorda plenamente. Conclui-se, portanto, que os inquiridos não estão satisfeitos, pois gostariam de ter participado mais nas decisões.

Dimensão 3 – “O hospital deveria ter permitido que familiares meus participassem mais nos cuidados que me foram prestados”

Em relação à participação dos familiares nos cuidados, 8,5% dos inquiridos responderam “discordo plenamente” e 70,7% “discordo”, o que totaliza uma percentagem de 78,2%, significando que estão satisfeitos. Contudo, 17,1% dos inquiridos responderam “concordo” e 3,7% “concordo plenamente”, sendo estes os respondentes que partilham da ideia de que o hospital deveria ter permitido mais a participação de familiares nos cuidados prestados que lhes foram prestados.

Dimensão 4 – “Soube sempre quem era o meu médico assistente”.

A maioria dos inquiridos respondeu “concordo plenamente” com 84,1% e “concordo” 11,0%, daí que se conclua que quase todos souberam sempre quem era o seu médico assistente, pois apenas 4,9% responderam “discordo”. Então os inquiridos estão satisfeitos em 95,1%.

Dimensão 5 – “Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados”

Ao contrário do que acontece na questão anterior, a maioria dos inquiridos (54,9%) respondeu “discordo” e 1,2% responderam “discordo plenamente”, donde se conclui que mais de metade dos inquiridos não souberam quem era o enfermeiro responsável pelos seus cuidados. Dos restantes inquiridos, 29,3% referiram “concordo” a esta questão e 14,6% “concordo plenamente”. Conclui-se, assim, que os inquiridos não estão satisfeitos com esta dimensão.

Dimensão 6 – “Fui muito bem tratado pelos médicos”

A maioria dos inquiridos respondeu “concordo plenamente” com 80,5% e “concordo” com 18,3%, de onde se conclui que estão satisfeitos com o tratamento dos médicos, pois a soma dos valores percentuais é 98,8%. Apenas 1,2% referem “discordo plenamente” desta afirmação.

Dimensão 7 – “Fui muito bem tratado pelos enfermeiros”

Tal como na dimensão anterior, a maioria dos inquiridos respondeu “concordo plenamente” com 85,4% e “concordo” com 13,4%, de onde se conclui que estão satisfeitos

com o tratamento dos enfermeiros, pois a soma dos valores percentuais é 98,8%. Apenas 1,2% referem “discordo” desta afirmação.

No que respeita à satisfação global dos inquiridos, a maioria está **satisfeita** em relação à **forma como foram tratados** na URR, com a **participação nos cuidados por parte dos familiares**, com o **conhecimento do médico assistente** e com o **tratamento que obtiveram por parte dos médicos e dos enfermeiros**; encontra-se **não satisfeita** em relação à **participação nas decisões referentes à forma como foram tratados** e ao **conhecimento do enfermeiro responsável pelos seus cuidados**.

De seguida apresenta-se um quadro resumo com os resultados mais significativos da avaliação da satisfação com os cuidados prestados na URR.

Quadro 5.17: Súmula da avaliação da satisfação com os cuidados prestados

	Maioritariamente os inquiridos estão:
Tratamento no hospital	Satisfeitos
Participação do utente nas decisões	Não satisfeitos
Participação dos familiares nos cuidados	Satisfeitos
Conhecimento do médico assistente	Satisfeitos
Conhecimento do enfermeiro responsável pelos cuidados	Não satisfeitos
Tratamento por parte dos médicos	Satisfeitos
Tratamento por parte dos enfermeiros	Satisfeitos

V.1.6 Intenção de Voltar à URR e Recomendá-la a Familiares e/ou Amigos

Neste ponto analisam-se as questões 59 e 60 do questionário para as quais existem cinco opções de resposta: “claro que sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “claro que não”, “não se aplica porque vivo longe do hospital”.

Quadro 5.18: Distribuição da intenção dos inquiridos de voltar à URR ou recomendá-la a familiares e/ou amigos

Critérios	Claro que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Claro que não	Não se aplica
Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de realizar reabilitação respiratória N = 82 (100%)	77 (93,9)	4 (4,9)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voltaria a este hospital caso precisasse de realizar novamente reabilitação respiratória N = 82 (100%)	80 (97,6)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Quanto ao facto de recomendar este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de realizar reabilitação respiratória, 93,9% dos inquiridos referiram “claro que sim”, 4,9% referiram “provavelmente sim” e apenas 1,2% referiram “provavelmente não”. Daí que se possa afirmar que 98,8% dos inquiridos expressaram vontade e satisfação.

No que respeita ao facto de “voltar a este hospital caso precisasse de realizar novamente reabilitação respiratória”, as respostas foram claras: os inquiridos responderam “claro que sim” em 97,6% e “provavelmente sim” em 2,4%. Deste modo expressaram claramente a sua vontade e satisfação em 100%.

Os inquiridos encontram-se, na sua maioria, **satisfeitos** pelo que tanto **voltariam à URR** como a **recomendariam a familiares e/ou amigos**.

A seguir encontra-se quadro resumo com os resultados mais significativos da intenção de voltar e recomendar a URR.

Quadro 5.19: Súmula da avaliação de múltiplos aspectos dos cuidados na URR

	Maioritariamente os inquiridos:
Intenção de voltar à URR	Sim
Intenção de recomendar a URR a familiares e amigos	Sim

V.1.7 Questões de Opinião Geral

As respostas às questões 61, 62, 63 e 64 são abertas, pelo que se efectuou a técnica de análise de conteúdo das mesmas. Assim, procedeu-se à divisão das componentes das mensagens analisadas em categorias e por vezes em sub-categorias.

A categorização consiste na “ classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos” (Bardin, 2004: 111).

Dimensão 1 – “Indique as razões por que voltaria ou não a este hospital”

Todos os inquiridos referiram que voltariam a este hospital caso necessitassem de realizar novamente reabilitação respiratória, no entanto, foram 77 os que indicaram as razões por que o fariam.

Quadro 5.20: Razões pelas quais os utentes voltariam à URR

Categoria		Unidades de registo
Necessidade do tratamento	N=40	Q.15 “Porque tenho necessidade” (sic)
		Q.26 “Para ter qualidade de vida” (sic)
		Q.34 “Porque preciso” (sic)
		Q.53 “Porque ainda tenho que continuar a fazer, ainda não estou bem” (sic)
		Q.59 “Porque preciso sempre” (sic)
Tratamento/ atendimento	N=25	Q.1 “Fui sempre bem tratado” (sic)
		Q.57 “Fui bem recebido” (sic)
		Q.73 “Fui bem tratado, tratado de forma personalizada” (sic)
		Q.82 “Fui bem tratado, pessoal muito atencioso” (sic)
Familiaridade com a URR	N=19	Q.3 “Sinto-me bem” (sic)
		Q.8 “Sinto-me bem e já conheço” (sic)
		Q. 24 “Estou habituado” (sic)
		Q.33 “Porque dá-me mais segurança ir a este hospital” (sic)
		Q. 79 “Porque já conheço” (sic)
Localização do hospital	N=2	Q.4 “...tenho condições para vir aqui, localização do hospital” (sic)
		Q14 “Perto de casa/Hospital da área” (sic)

Após a análise do conteúdo dos questionários, foi possível agrupar ideias chave, definindo conceitos gerais. Assim, constituiu-se quatro categorias relativas às razões pelas

quais os utentes voltariam à URR: tratamento/atendimento; necessidade do tratamento; familiaridade com a URR; localização do hospital. Dentro de cada categoria, verificou-se, por vezes, a necessidade de criar sub-categorias, tal como mostra o quadro 5.15 (página seguinte).

Decorrente da apreciação efectuada sobre as razões pelas quais os utentes voltariam à URR caso necessitassem de realizar novamente reabilitação respiratória, verificou-se que a maioria dos inquiridos refere como principal razão a necessidade do tratamento, seguido do tratamento/atendimento que receberam e da familiaridade com a URR. Outra razão expressa, mas não tão referenciada foi a localização do hospital.

Dimensão 2 – “Melhoramentos indispensáveis: Por favor diga-nos quais os aspectos do hospital/URR que necessitam de ser melhorados.”

Foram apenas 34 os inquiridos que responderam a esta dimensão. Após a análise do conteúdo dos questionários, constituíram-se quatro categorias relativas aos aspectos do hospital/URR que os utentes consideram ser necessário melhorar. Dentro de cada categoria, verificou-se, por vezes, a necessidade de criar sub-categorias, tal como mostra o quadro 5.21.

Da análise efectuada sobre quais os aspectos do hospital/URR que necessitam ser melhorados, constata-se que a grande maioria refere os recursos físicos e dentro destes mencionaram: instalações novas, melhores equipamentos, aumento da capacidade da URR, melhor/aumento da sala de espera, melhores instalações sanitárias, melhores acessibilidades, privacidade, estacionamento/sinalização, centralização das especialidades e ruído. Outros três aspectos referidos foram a redução dos tempos de espera, os recursos humanos, nomeadamente aumento dos recursos humanos e melhor atendimento médico, e a higienização.

Quadro 5.21: Aspectos do hospital/URR que necessitam ser melhorados

Categoria		SubCategoria		Unidades de registo
Recursos Físicos	N=37	Instalações mais novas	N=12	Q.5 “Hospital mais novo e mais limpo” (sic)
				Q.12 “Reabilitação do edifício” (sic)
				Q.17 “Melhorar condições das instalações” (sic)
				Q.73 “Instalações do hospital podiam ser melhores” (sic)
		Melhores equipamentos	N=6	Q.26 “Melhorar macas” (sic)
				Q.75 “Equipamentos deteriorados” (sic)
				Q.67 “Mais equipamento e modernizar...” (sic)
		Aumento da capacidade da URR	N=5	Q.47 “Mais camas, aumentar a capacidade” (sic)
				Q.67 “Instalações maiores do ginásio” (sic)
		Melhor/aumento sala de espera	N=4	Q.27 “Sala de espera mais arejada” (sic)
				Q.32 “...sala de espera maior (maior conforto)” (sic)
		Melhores instalações sanitárias	N=3	Q.32 “Casas de banho mais próximas do ginásio...” (sic)
				Q.77 “Casas de banho” (sic)
Melhores acessibilidades	N=3	Q.45 “Dificuldade de acesso a deficientes e pessoas de mobilidade reduzida” (sic)		
		Q.69 “Melhorar as entradas dos pavilhões” (sic)		
Privacidade	N=1	Q.32 “...macas separadas por sexo (M/F)...” (sic)		
Estacionamento/sinalização	N=1	Q.34 “Estacionamento mais perto; sinalização menos confusa” (sic)		
Centralização das especialidades	N=1	Q.11 “Centralização das especialidades” (sic)		
Ruído	N=1	Q.35 “Menos ruído dentro do ginásio (as pessoas falam muito)” (sic)		
Reduzir tempos de espera	N=7		Q.5 “Programar melhor os horários; não ser tudo marcado ao mesmo tempo” (sic)	
			Q.28 “Melhorar tempos de espera na urgência” (sic)	
			Q.35 “Melhorar tempo de espera” (sic)	
Recursos Humanos	N=3	Aumento dos recursos humanos	N=2	Q.38 “Mais gente a trabalhar” (sic)
				Q.67 “... mais pessoal” (sic)
		Melhor atendimento médico	N=1	Q.48 “Médicos” (sic)
Higienização	N=1			Q.27 “Mudar de lençóis de doente para doente” (sic)

Dimensão 3 – “Surpresas agradáveis: Durante o seu programa de reabilitação respiratória teve alguma surpresa boa?”

Após leitura cuidadosa, do conteúdo dos questionários dos 17 inquiridos que responderam a esta questão, com correspondente análise, definiram-se certas frases chave que nos remeteram à criação de conceitos gerais, com o intuito de os agrupar. Através do método de recorte e colagem das frases referidas anteriormente, constituíram-se, como se verifica no quadro seguinte, quatro categorias relativamente às surpresas agradáveis: atendimento/tratamento, melhoria da condição de saúde, programa de reabilitação respiratória e alteração das instalações.

Quadro 5.22: Surpresas agradáveis durante o programa de reabilitação respiratória

Categoria	Unidades de registo
Atendimento/ tratamento	Q.17 “Fui muito bem tratado (familiar)” (sic)
	Q.30 “Atendimento do pessoal” (sic)
	Q.57 “Ensinos/recordar exercícios, profissionalismo dos profissionais” (sic)
	Q.46 “Muito minhas amigas” (sic)
	Q.49 “Enfermeiras tratam bem” (sic)
	Q.53 “Maneira como foi atendido e como melhorou” (sic)
	Q.64 “Sempre boa gente” (sic)
	Q. 60 “Bom atendimento” (sic)
	Q. 77 “Extremamente bem atendida” (sic)
	Q. 82 “A atenção do pessoal” (sic)
Melhoria da condição de saúde	Q 11 “Melhorei ligeiramente o meu estado de saúde” (sic)
	Q.73 “Tenho melhorado” (sic)
	Q.68 “Ter melhorado a condição de saúde” (sic)
	Q.28 “Tive uma recuperação muito boa” (sic)
Programa de reabilitação respiratória	Q. 3 “Desconhecia o tratamento” (sic)
	Q.59 “Os exames não são tão difíceis” (sic)
Alteração de instalações	Q.18 “Mudança de instalações” (sic)

Decorrente da apreciação efectuada acerca das surpresas agradáveis que os utentes tiveram durante o seu programa de reabilitação respiratória, verifica-se que a maioria referiu o atendimento/tratamento, seguido da melhoria da condição de saúde. Outras duas surpresas agradáveis expressas pelos inquiridos foram o programa de reabilitação respiratória e a alteração das instalações.

Dimensão 4 – **“Surpresas desagradáveis: Durante o seu programa de reabilitação respiratória teve alguma surpresa má?”**

Apenas 1 inquirido respondeu a esta questão, referindo ter tido uma surpresa desagradável com os médicos desta unidade.

V.1.8 Avaliação do Estado de Saúde Actual

Neste ponto serão analisadas as questões 65 a 77 do questionário que dizem respeito ao estado de saúde actual do utente da URR do CHVNG/E, classificando-as em dimensões para ser mais fácil o seu estudo.

Dimensão 1 – **“Em geral, diria que a sua saúde é ”**

As respostas a esta dimensão distribuíram-se por todos os itens da escala, sendo que 54,9% dos inquiridos consideram a sua saúde “razoável”, 25,6% consideram “boa”, 4,9% consideram “ótima” e 1,2% consideram “muito boa”. Os restantes inquiridos, 13,4%, consideram a sua saúde “fraca”. Da análise destes resultados, pode-se concluir que a maioria dos inquiridos se considera com saúde, em 86,6%.

As respostas que se seguem são sobre actividades que os utentes executam no dia-a-dia e pretendem avaliar se a sua saúde os limita nestas actividades.

Dimensão 2 – **“Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.”**

Dos inquiridos, 51,2% consideram-se “sim, um pouco limitado”, 20,7% consideram-se “sim, muito limitado”, o que totaliza 71,9% de inquiridos limitados para actividades de vida diária. Os restantes inquiridos (28,0%) responderam “não, nada limitado”.

Dimensão 3 – **“Subir vários lanços de escadas”**

Observa-se que os inquiridos responderam maioritariamente, com 42,7%, “sim, muito limitado”, seguindo-se a resposta “sim, um pouco limitado” com 37,8%. Os restantes 19,5% dos inquiridos responderam “não, nada limitado”. Verifica-se, assim, um total de 80,5% de inquiridos limitados para subir vários lanços de escadas.

Avaliando estas duas dimensões, constata-se que os utentes se encontram bastante limitados nas actividades do dia-a-dia.

Nas questões 68 e 69 pretende-se avaliar se, durante as últimas quatro semanas, o utente teve, no seu trabalho ou outras actividades diárias, algum problema em consequência do seu estado de saúde física.

Dimensão 4 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, fez menos do que queria”

A maioria dos inquiridos respondeu “nunca” com 43,9%. Dos restantes inquiridos, 23,2% respondeu “algum tempo”, 15,9% respondeu “pouco tempo”, 12,2% respondeu “a maior parte do tempo” e 4,9% respondem “sempre”. Decorrente da análise do exposto, conclui-se que 57,1% dos inquiridos, nas últimas quatro semanas, fizeram, de alguma maneira, menos do que queriam devido ao seu estado de saúde física.

Dimensão 5 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, se sentiu limitado no tipo de trabalho ou outras actividades”

Dos inquiridos que se sentiram limitados no tipo de trabalho ou outras actividades devido ao seu estado de saúde física, 25,6% respondeu “algum tempo”, 18,3% respondeu “a maior parte do tempo”, 13,4% respondeu “pouco tempo” e 4,9% respondem “sempre”, o que totaliza 62,2% de inquiridos. No entanto, 37,8% dos inquiridos responderam “nunca”, o que significa que fizeram tudo o que quiseram, pois o seu estado de saúde assim o permitiu.

As dimensões que se seguem pretendem avaliar se, durante as últimas quatro semanas, o utente teve, no seu trabalho ou outras actividades diárias, algum problema devido a quaisquer problemas emocionais, tais como sentir-se deprimido ou ansioso.

Dimensão 6 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, fez menos do que queria”

Relativamente a esta dimensão, observa-se que 3,7% dos inquiridos responderam “sempre”, 13,4% “a maior parte do tempo”, 22,0% “algum tempo” e 8,5% “algum tempo”. Isto significa que 47,6% dos inquiridos referem que fizeram menos do que queriam, nem que fosse por pouco tempo, devido a problemas emocionais. No entanto, a maioria dos inquiridos (52,4%) refere “nunca”, logo, os problemas emocionais não interferiram com as suas actividades diárias.

Dimensão 7 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume”

Tal como na dimensão anterior, a maioria dos inquiridos (58,5%) referiu que “nunca” executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume, devido a problemas emocionais. Dos restantes inquiridos, 4,9% responderam “sempre”, 9,8% “a maior parte do tempo”, 18,3% “algum tempo” e 8,5% “pouco tempo”, o que perfaz um total de 41,5% de inquiridos cujos problemas emocionais interferiram, ainda que por pouco tempo, no seu trabalho ou outras actividades diárias.

Com a próxima questão pretende-se avaliar até que ponto a dor interferiu com o trabalho do utente nas últimas quatro semanas.

Dimensão 8 – “Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)”

Mais uma vez, a maioria dos inquiridos (65,9%) respondeu “absolutamente nada”; ninguém referiu que a dor interferiu “imenso”, 15,9% referiram “moderadamente”, 9,8% referiram “pouco” e 8,5% referiram “bastante”. Assim, apenas 34,1% dos inquiridos referiram que a dor interferiu nas suas actividades diárias., de forma a perturbar o seu trabalho normal.

Com as questões 73, 74, 75 e 76 do questionário pretende-se avaliar a forma como o utente se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Dimensão 9 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, se sentiu calmo e tranquilo”

No que respeita a esta dimensão, a maioria dos inquiridos (76,8%) referiu não se sentir totalmente calma e tranquila nas últimas quatro semanas, da seguinte forma: “nunca” 8,5%, “pouco tempo” 11,0%, “algum tempo” 24,4% e “a maior parte do tempo” 32,9%. De facto, apenas 23,2% dos inquiridos referiram sentirem-se “sempre” calmos e tranquilos nas últimas quatro semanas.

Dimensão 10 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, se sentiu com muita energia”

Relativamente a esta questão, 19,5% dos inquiridos responderam “nunca” se sentirem com muita energia. Dos que responderam sentir-se com muita energia, 31,7%

referem ter sido por “pouco tempo”, 20,7% por “algum tempo”, 15,9% “a maior parte do tempo” e 12,2% “sempre”.

Dimensão 11 – “Tempo que, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimido”

“Nunca” responderam 36,6% dos inquiridos e “pouco tempo” 23,2%, ou seja, 59,8% dos inquiridos não se consideram deprimidos. Os restantes 40,2% sentiram-se deprimidos “algum tempo” 28,0%, “a maior parte do tempo” 9,8% e “sempre” 2,4%.

Dimensão 12 – “Durante as últimas quatro semanas, até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares mais próximos)”

Apenas 3,7% dos inquiridos referiu “sempre” e 9,8% “a maior parte do tempo”, o que demonstra que a grande maioria dos inquiridos (86,5%) não se sente limitada na sua actividade social. De facto, 63,4% dos inquiridos respondeu “nunca” a esta questão, 11,0% respondeu “pouco tempo” e 12,2% “algum tempo”.

Com a dimensão seguinte pretende-se avaliar até que ponto o programa de reabilitação respiratória melhorou a condição de saúde dos utentes da URR.

Dimensão 13 – “Após realizar este programa de reabilitação respiratória, considera que a sua condição de saúde...”

A esmagadora maioria dos inquiridos (92,7%) refere ter sentido melhoras, mesmo sendo poucas, na sua condição de saúde: 8,5% responderam “melhorou imenso”, 29,3% “melhorou bastante”, 24,4% “melhorou moderadamente” e 30,5% “melhorou um pouco”. De facto, apenas 7,3% dos inquiridos responderam que a sua condição de saúde “não se alterou”.

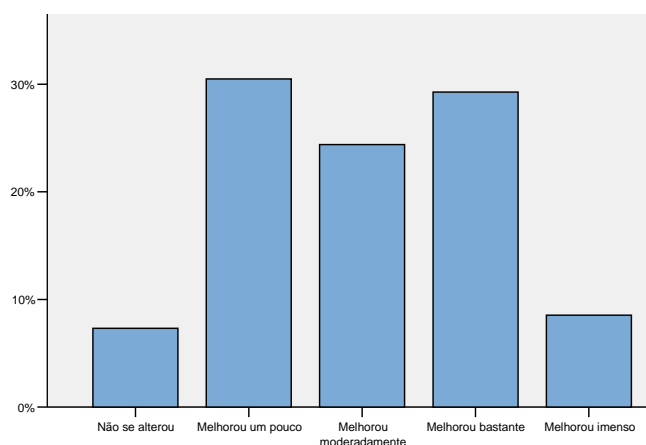


Figura 5.19: Distribuição da alteração da condição de saúde dos inquiridos após a realização do programa de reabilitação respiratória

De uma maneira geral, os utentes da URR, embora portadores de doença crónica, consideram-se com saúde, pois aceitam a sua situação de incapacidade. Todavia, esta situação deixa-os, por vezes, deprimidos e angustiados pelas suas limitações no seu trabalho ou outras actividades diárias, o que porém não afectou as suas actividades sociais. Constata-se, também, que o programa de reabilitação respiratória contribui para a melhoria da condição de saúde dos utentes da URR.

De seguida apresenta-se um quadro resumo com os resultados mais significativos da avaliação do estado de saúde actual dos utentes.

Quadro 5.23: Símula da avaliação do estado de saúde actual

	Maioritariamente os inquiridos:
Opinião sobre a sua saúde	Com saúde razoável
Limitações nas actividades diárias	Sim
Problemas devido ao estado de saúde física no último mês	Têm
Problemas devido ao estado de saúde emocional no último mês	Não têm
Interferência da dor no trabalho normal no último mês	Não têm
Como se sentiram e correram as coisas no último mês	Não se sentiram calmos e tranquilos; Sentiram-se, nem que por pouco tempo, com muita energia; Não se consideram deprimidos.
Limitações nas actividades sociais durante o último mês	Não
Alteração da condição de saúde após o programa	Sim

V.2 IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS FACTORES DE SATISFAÇÃO

Com a necessidade de um maior esclarecimento sobre os factores que contribuem para a satisfação dos utentes da URR, e simultaneamente reduzir o número de variáveis em análise, recorreu-se à análise factorial, mesmo tendo a consciência de que se iria perder alguma informação com a utilização desta técnica. Tentou-se deste modo, identificar outros factores que contribuem para a satisfação dos utentes da URR, além da informação que se retirou da análise descritiva.

As dimensões da satisfação são formadas, cada uma, por um conjunto bastante vasto de questões e, por tal motivo, como se referiu, procedeu-se à sua factorização para, desta forma, reduzir o número de variáveis.

V.2.1 **Análise factorial das dimensões da satisfação dos utentes da URR**

No que concerne à análise factorial das componentes principais para as 48 variáveis em estudo relativas à dimensão **“Satisfação”** resultou na extracção de três factores, os quais explicam aproximadamente 67% da variabilidade total.

Após a análise do agrupamento das variáveis nos factores (quadro 5.24), obteve-se a seguinte interpretação para os factores encontrados: o factor 1 está relacionado com a **eficiência do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo** (“atendimento do pessoal de enfermagem”, “ajuda e simpatia”, “informação fornecida pelo pessoal de enfermagem”, “atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde”, “coordenação de cuidados”, “disponibilidade do pessoal de enfermagem”, “cuidados e carinho do pessoal de enfermagem”, “informações”, “satisfação das suas necessidades”, “atenção que foi dada às suas necessidades”, “duração do programa”, “facilidade em obter informações”, “pessoal administrativo”). O factor 2 está relacionado com a **gestão dos recursos físicos, do tempo de espera e do planeamento de alta** (“sala de espera”, “ginásio”, “edifício”, “ambiente físico”, “privacidade”, “equipamento”, “sala de consulta”, “sinalização”, “planeamento de alta”, “instalações sanitárias”, “tempo de espera”). O terceiro factor refere-se à **eficiência do pessoal médico** (“cuidados e carinho do pessoal médico”, “atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde”, “atendimento do pessoal médico”, “disponibilidade dos médicos”, “informação fornecida pelo pessoal médico”, “procedimentos de alta”, “sensibilização para os problemas”).

Quadro 5.24: Satisfação dos utentes da URR: análise factorial dos componentes principais, após rotação varimax






	Factor 1 Eficiência do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo	Factor 2 Gestão dos recursos físicos, do tempo de espera e do planeamento da alta	Factor 3 Eficiência do pessoal médico
Atendimento do pessoal de enfermagem	0,809		
Ajuda e simpatia	0,763		
Informação fornecida pelo pessoal de enfermagem	0,727		
Atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde	0,721		
Coordenação de cuidados	0,686		
Disponibilidade do pessoal de enfermagem	0,682		
Cuidados e carinho do pessoal de enfermagem	0,673		
Informações	0,660		
Satisfação das suas necessidades	0,647		
Atenção que foi dada às suas necessidades	0,625		
Duração do programa de RR	0,610		
Facilidade em obter informações	0,582		
Pessoal administrativo	0,535		
Sala de espera		0,809	
Ginásio		0,772	
O edifício		0,743	
Ambiente físico		0,730	
Privacidade		0,723	
Equipamento		0,701	
Sala de consulta		0,700	
Sinalização		0,620	
Planeamento de alta		0,532	
Instalações sanitárias		0,515	
Tempo de espera		0,504	
Cuidados e carinho do pessoal médico			0,878
Atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde			0,857
Atendimento do pessoal médico			0,832
Disponibilidade dos médicos			0,757
Informação fornecida pelo pessoal médico			0,686
Procedimentos de alta			0,636
Sensibilização para os problemas			0,619
Variância explicada (%)	24,86	21,92	19,49

KMO = 0,881 e teste de esfericidade de Bartlett = 2471,461, df=465 (significância: 0,000)

V.3 MODELO DA QUALIDADE DA URR DO CHVNG/E NA ÓPTICA DO UTENTE

Decorrente da análise efectuada, desenvolveu-se um modelo (Figura 5.20) que pretende explicar na óptica do utente a qualidade da URR, tendo em conta as dimensões não manipuladas (estado de saúde actual, programa de reabilitação respiratória, condições sociais e económicas, opinião geral, satisfação global, intenção de recomendar a URR e intenção de voltar à URR) e os três factores de satisfação encontrados através da análise factorial: eficiência do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo; gestão dos recursos físicos, do tempo de espera e do planeamento da alta; eficiência do pessoal médico.

As variáveis em que os utentes apresentam maior satisfação encontram-se reflectidas no modelo a verde e as que correspondem a menor satisfação a laranja. A branco encontram-se as variáveis que caracterizam a amostra em estudo.

Em resumo, o código da figura seguinte (figura 5.20) será:  variável atributo;  variável “maior satisfação”;  variável “menor satisfação”;  factor de satisfação;  dimensão da qualidade do serviço.

Perante os resultados obtidos, aceita-se a hipótese de partida para este estudo (Existe, na visão dos utentes/inquiridos, uma qualquer relação entre a prestação dos diversos cuidados e a satisfação com os serviços que nos facilita a avaliação da qualidade na URR), onde, a forma de prestar os diferentes cuidados, o pessoal envolvido, os recursos disponíveis, etc, interferem nos elevados níveis de satisfação dos utentes/inquiridos, contribuindo, deste modo, para uma avaliação positiva da qualidade apresentada pela URR.

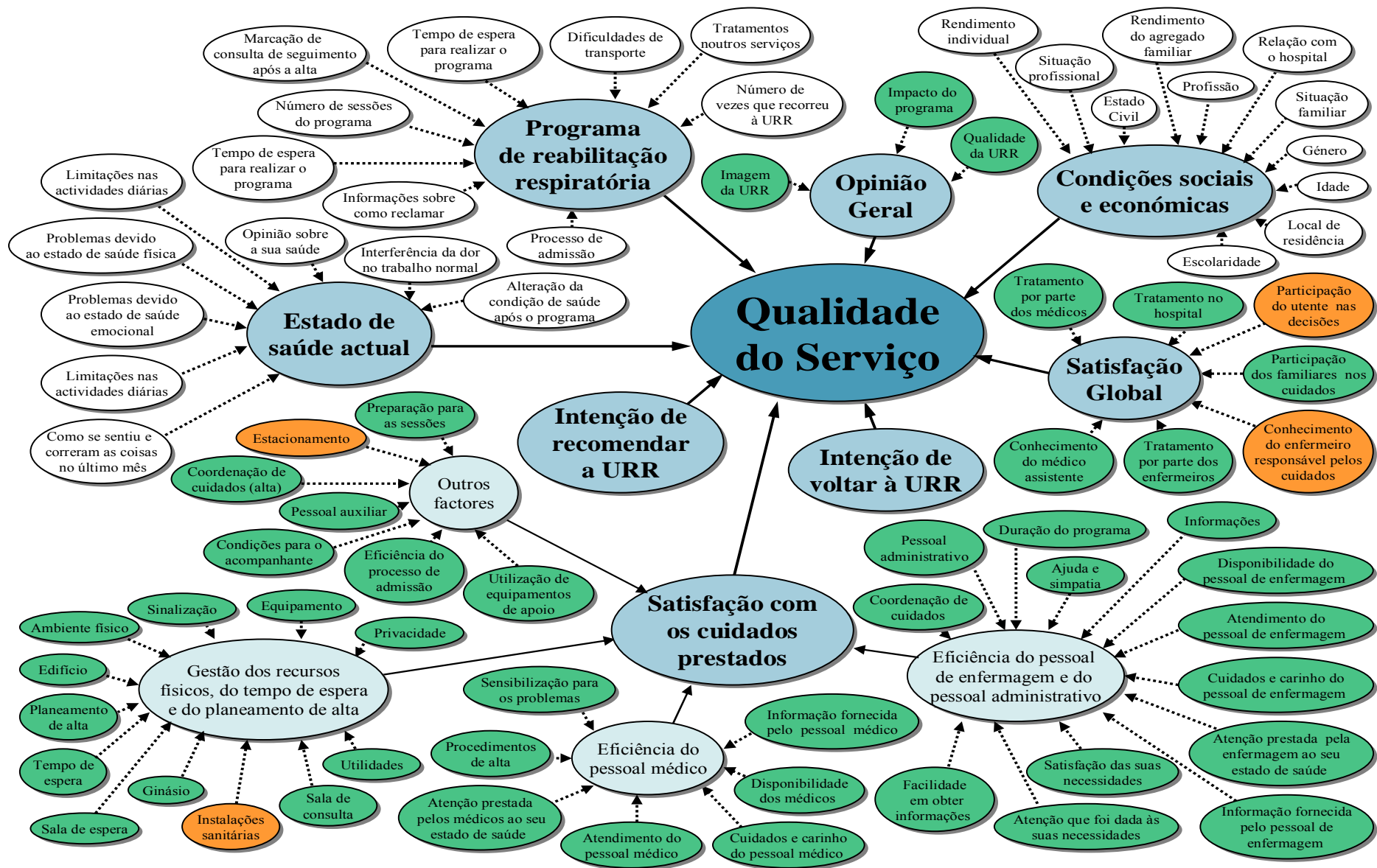


Figura 5.20: Modelo da Qualidade da URR do CHVNG/E na óptica do utente

CAPÍTULO VI -

Reflexões Finais

A qualidade passou a ser virtude universalmente vigiada e todos somos, perante todos, responsáveis pela qualidade do que fazemos ou produzimos.

Frederico e Leitão (1999: 177)

A alteração do sistema de gestão hospitalar, mais orientado para a satisfação dos utentes, requer, para o bom desempenho das instituições, a combinação de dois factores que nem sempre se encontram juntos: a satisfação dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. A satisfação, neste tipo de serviço, consiste numa componente essencialmente da percepção individual, decorrente das experiências vivenciadas por cada utente. Já o desempenho dos profissionais exige uma aprendizagem contínua e um empenho permanente na qualidade que frequentemente se esmorece, por vários motivos, ao longo da carreira profissional.

A satisfação dos utentes é, actualmente, crucial já que a informação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todos os sectores. Por outro lado, a população é cada vez mais letrada e a atitude passiva do utente quanto ao seu tratamento está a converter-se necessariamente numa forma cada vez mais participada/activa, a todos os níveis e aos mais elevados graus de exigência, com vista a atingir a excelência dos serviços de saúde.

É, pois, a satisfação do utente que se pretende compreender com esta investigação. Poucos são, ainda, os estudos efectuados e conhecidos no âmbito da satisfação dos utentes dos serviços de reabilitação, limitando um saber acumulado que seria útil para a comparação e interiorização dos conceitos e práticas sobre a qualidade e a satisfação nos serviços de reabilitação, tanto a nível teórico como prático.

Assim, partiu-se para esta investigação com a percepção de que a satisfação dos utentes da URR do CHGNV/E, no que respeita à melhoria da sua condição de saúde, se encontrava bastante relacionada com a forma de actuação dos profissionais. Esta percepção levou à formulação da hipótese de investigação: **Existe, na visão dos utentes/inquiridos,**

uma qualquer relação entre a prestação dos diversos cuidados e a satisfação com os serviços que nos facilita a avaliação da qualidade na URR?

Retomando algumas conclusões que foram sendo retiradas ao longo do estudo pode-se, agora, respondendo simultaneamente às principais questões de investigação, verificar a hipótese:

▪ **Quem são os utentes da URR do CHVNG/E?**

Não existe uma grande diferença entre género masculino e feminino, no entanto, o primeiro apresenta uma pequena predominância em relação ao segundo.

Quanto à idade, são os indivíduos, na sua maioria, adultos e idosos que procuram a URR do CHVNG/E. esta situação pode estar directamente relacionada com o facto de ser nesta fase da vida que mais se manifestam os sintomas, as disfunções e as deficiências do doente portador de doença respiratória crónica.

▪ **Qual a proveniência dos utentes da URR do CHVNG/E?**

Apesar da URR do CHVNG/E ser, no momento, das poucas unidades específicas neste tipo de tratamentos, verifica-se que os utentes que aqui recorrem são provenientes das zonas referentes à Rede de Referência Hospitalar, destacando-se uma maior prevalência de utentes do concelho de Vila Nova de Gaia.

▪ **Qual a profissão dos inquiridos?**

No que respeita à actividade profissional, verifica-se uma grande variedade das mesmas, indo da actividade de doméstica a profissionais do terceiro sector. Constata-se, ainda, que a maioria são reformados, existindo, também, uma percentagem significativa de inválidos. Estes dados são justificados pelo facto dos utentes que recorrem à URR serem portadores de doenças bastante incapacitantes.

▪ **Qual o seu rendimento mensal médio?**

Relativamente aos rendimentos mensais, verifica-se que a maioria dos utentes vive com um rendimento mensal médio entre 400€ e 750€, sendo o rendimento líquido mensal médio do agregado familiar entre 750€ e 1500€. Estes dados estão provavelmente relacionados com o facto de os utentes terem pedido a reforma antecipada ou a invalidez por questões de saúde.

- **Qual o número de vezes que cada um dos inquiridos recorreu à URR do CHVNG/E?**

A maioria dos inquiridos recorreu a esta unidade quatro ou mais vezes, o que pode dever-se ao facto de necessitarem de realizar mais de um programa de reabilitação respiratória por ano.

O facto dos inquiridos responderem, na sua maioria, já terem sido tratados na consulta externa ou já terem estado internados neste Centro Hospitalar, pode relacionar-se com o caso de o doente ser encaminhado para a URR após o tratamento medicamentoso estar optimizado, o que é efectuado na consulta da especialidade ou posteriormente a um internamento.

- **Quais as maiores dificuldades sentidas na acessibilidade à URR do CHVNG/E e no regresso a casa?**

Relativamente ao acesso ao Centro Hospitalar e ao regresso a casa, a maioria dos inquiridos não sentiu dificuldades. Dos que referiram sentir dificuldades, a maioria atribuiu-as à localização do hospital, sendo também motivo de insatisfação o estacionamento, o edifício e a condição de saúde dos utentes. Estas duas últimas situações relacionam-se, provavelmente, com a intolerância ao esforço deste tipo de doentes, que para chegarem à unidade, se utilizarem transportes públicos, têm de caminhar cerca de 600m em subida.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com o processo de admissão?**

Quanto ao modo como é efectuada a admissão, a maioria dos inquiridos referiu ter sido feita através das consultas externas ou do internamento da instituição. Referiram, também, não terem esperado para realizar este programa de reabilitação respiratória, e que este tempo de espera foi o necessário, o que provavelmente se deve ao facto de no final de cada programa ser marcado o seguinte.

A esmagadora maioria dos inquiridos encontra-se satisfeita com o processo de admissão na URR, que engloba a eficiência do processo de admissão, a preparação para as sessões, a atenção que foi dada às necessidades dos utentes e o tempo de espera desde a chegada até começar a sessão. Houve, no entanto, inquiridos que expressaram a necessidade de redução dos tempos de espera.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com os cuidados prestados?**

No que respeita à vontade com que o pessoal satisfaz as necessidades dos utentes, estes avaliam-na como muito satisfatória, o mesmo acontece com o trabalho em equipa de todo o pessoal cuidador. Também a capacidade que o pessoal tem em fazer os utentes sentirem-se confiantes e seguros e a sensibilidade do pessoal em relação aos problemas e preocupações dos utentes são referidos como factores positivos da URR. Os inquiridos também se encontram, na sua maioria, satisfeitos com a duração do programa de reabilitação respiratória, sendo a média do número de sessões é 15,32.

Sendo a finalidade da reabilitação respiratória o doente alcançar o seu potencial máximo dentro dos seus limites, mantendo a sua independência funcional, é necessário que todos os intervenientes (incluindo o próprio doente) trabalhem em equipa, o que só é possível existindo uma relação empática, assente na confiança entre todos.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com as condições das instalações?**

Nesta questão constatou-se que os utentes não se encontram satisfeitos em relação às instalações sanitárias, provavelmente porque estas se localizam na sala de espera, ‘longe’ do ginásio. Além disso algumas vezes ficam sem papel, quer higiénico quer para limpar as mãos, e, quando há muito movimento na sala de espera, as condições higiénicas diminuem.

Outro factor em que se verifica a não satisfação dos utentes é o estacionamento. Relativamente a este aspecto, o estacionamento dentro do recinto do Centro Hospitalar é interdito aos utentes, com excepção dos que apresentam o dístico de identificação de deficiente motor. Os restantes têm de deixar o transporte próprio no parque do Centro Hospitalar que fica no lado oposto à URR, no parque localizado em frente ao hospital ou se não estiverem dispostos a pagar, nas redondezas, e fazer o percurso até à URR a pé. Tempos houve em que os utentes podiam, mediante pagamento, estacionar livremente no parque da instituição, daí que muitos considerem que o estacionamento piorou desde então.

Em relação aos restantes itens deste ponto (condições das instalações), embora alguns dos inquiridos tenham identificado a necessidade de instalações novas (hospital novo) e de centralizar as especialidade num só edifício, a maioria dos inquiridos encontra-se satisfeita, sendo que a satisfação mais elevada diz respeito ao ginásio, tendo em conta aspectos como a limpeza, o conforto, a iluminação e a temperatura.

Em relação ao ginásio é, ainda, de referir que a URR mudou de instalações há cerca de seis anos e, portanto, o novo espaço sofreu obras e ficou com uma disposição diferente, tendo este aspecto sido mencionado por alguns inquiridos como uma surpresa agradável. Contudo, foi referida por alguns inquiridos a necessidade de aumentar a capacidade da URR e houve um utente que considera ser necessário melhorar a higienização do espaço.

Quanto à privacidade, embora as macas dos tratamentos sejam separadas lateralmente apenas por um pequeno biombo, a esmagadora maioria dos inquiridos encontra-se satisfeita com a forma como a sua privacidade foi assegurada. De referir que os enfermeiros desta unidade têm cuidado de cobrir as pernas das senhoras que vão de saia para as sessões. Ainda assim, houve um inquirido que referiu que as macas deveriam ser separadas por sexo, haver separação entre os homens e as mulheres.

Relativamente à sala de espera, os inquiridos encontram-se, na sua maioria, satisfeitos com a limpeza, o conforto, a iluminação e a temperatura da mesma, embora alguns tenham referido ser pequena e que as cadeiras poderiam ser mais confortáveis.

O mesmo se verifica para a sala de consulta, os inquiridos consideram-se maioritariamente satisfeitos com a limpeza, o conforto, a iluminação e a temperatura da mesma.

No que ao equipamento diz respeito, a maioria dos utentes encontra-se satisfeita tanto com a possibilidade de utilizar equipamentos de apoio, como com a forma como o equipamento parece actualizado e em funcionamento. De facto, a unidade tem recebido macas mais recentes, com sistema hidráulico, e máquinas de exercícios, como bicicletas. Por outro lado, alguns utentes expuseram a necessidade de melhorar os equipamentos.

No que concerne ao ambiente físico da URR, a maioria dos inquiridos encontra-se satisfeita com o ruído, o espaço, a decoração, a iluminação e a climatização. Houve um utente, no entanto, que referiu que o ruído era um aspecto a melhorar na URR.

A sinalização é um aspecto que se considerava motivo de insatisfação, pois o Centro Hospitalar é composto por vários edifícios, o que por vezes dificulta a tarefa de encontrar os outros serviços que compõe a totalidade do CHVNG/E. Contudo, a maioria dos utentes considera ser fácil orientar-se dentro do hospital, tendo sido apenas um utente a referir que a sinalização é confusa.

O edifício onde está instalada a URR é antigo (construído na década de 40/50), tendo sofrido várias intervenções ao longo dos anos, daí que se esperava que não fosse tão bem avaliado. Surpreendentemente, a maioria dos utentes desta unidade estão satisfeitos

com o edifício, embora alguns refiram que a acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida é difícil e, como já focalizado anteriormente, que são necessárias instalações novas.

Quanto às condições para o acompanhante, embora a maioria dos utentes não leve acompanhante, considera satisfatório o local de espera e as instalações, que coincide com a sala de espera dos utentes.

Relativamente às utilidades existentes no CHVNG/E, mais concretamente na URR, os inquiridos encontram-se satisfeitos no que respeita ao acesso a um telefone, caixa multibanco, televisão, bar/consumíveis, etc.

Apesar de alguns resultados da satisfação em relação às condições das instalações terem sido surpreendentes, não se deve esquecer que a satisfação resulta sempre das percepções e vivências de cada um, e por isso a sua avaliação é subjectiva e individual.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a quantidade e qualidade da informação fornecida?**

Em relação à questão da informação, a grande maioria dos inquiridos referiu não ter tido qualquer informação sobre como reclamar em caso de necessidade. Contudo, a esmagadora maioria considera-se satisfeita no que diz respeito à vontade do pessoal de responder às suas perguntas e à forma como os utentes foram esclarecidos sobre procedimentos ou tratamentos e o que esperar deles, o que leva a crer que talvez não tenham tido necessidade de busca activa dessa informação.

Tal como já se referiu, a educação do utente, isto é, os ensinamentos efectuados ao utente, são parte integrante do programa de reabilitação respiratória e englobam todos os aspectos deste. É, portanto, essencial que o utente compreenda o que deve fazer no seu dia-a-dia e porquê, daí a importância de uma boa informação e comunicação entre o profissional e o utente.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com o processo de alta?**

Relativamente ao processo de alta, os utentes da URR estão maioritariamente satisfeitos com os procedimentos de alta, com o seu planeamento e com a coordenação de cuidados após a alta. A maior parte dos utentes da URR fazem mais do que um programa de reabilitação respiratória por ano e por isso o número de sessões é geralmente fixo (10, 15 ou 20) e na alta é marcada a data de início do novo programa. Os restantes utentes, geralmente fazem apenas um programa de reabilitação respiratória, frequentando o número

de sessões necessário para que o seu problema seja resolvido. Nestes casos só têm alta após reavaliação médica.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar dos enfermeiros?**

Verifica-se a existência, nesta dimensão, por parte dos utentes, um elevado índice de satisfação. Em todos os itens referem uma grande satisfação (<96%) com o pessoal de enfermagem, sendo a disponibilidade o que atinge o máximo de satisfação, seguido dos cuidados e carinho e informação fornecida por estes profissionais.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar dos médicos?**

Relativamente aos itens que compõem esta dimensão, a percentagem da satisfação é elevada (<90%), sendo o item que apresenta maior índice de satisfação os cuidados e carinho e o que apresenta um índice de satisfação ligeiramente mais baixo do que os restantes a disponibilidade dos médicos. Contudo, houve um utente que referiu ser necessário melhorar o atendimento por parte dos médicos, tendo também referido que os médicos foram uma surpresa desagradável.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com a forma de actuar do outro pessoal?**

Embora grande parte dos inquiridos não tenha tido contacto com o pessoal auxiliar, os que tiveram estão, na sua maioria, satisfeitos com a forma como estes profissionais desempenharam as suas funções e se relacionaram com os utentes.

No que respeita ao pessoal administrativo, a maioria dos inquiridos encontra-se bastante satisfeita com a forma como desempenharam as suas funções e se relacionaram com os utentes.

Uma das melhorias necessárias referidas pelos utentes foi a existência de mais recursos humanos com vista ao aumento da capacidade da URR.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E com os resultados (melhorias) obtidos?**

Constata-se que a grande maioria dos utentes estão satisfeitos com o impacto do programa de reabilitação respiratória, ou seja, com a medida em que o programa de reabilitação respiratória contribuiu para as suas melhoras.

Além disso, a maior parte dos utentes refere ter sentido melhoras, mesmo sendo poucas, na sua condição de saúde após a realização do programa de reabilitação

respiratória. Este aspecto foi também referido por alguns inquiridos como uma surpresa agradável.

- **Qual a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E em relação ao seu estado de saúde?**

A maioria dos inquiridos considera-se ‘com saúde’, embora limitados nas actividades da vida diária, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa ou subir vários lanços de escadas. Estas situações levam a que os utentes se sintam, por vezes, deprimidos ou ansiosos. Contudo, os problemas de saúde física e os emocionais limitaram muito pouco a actividade social da maioria dos utentes, tal como visitar amigos ou familiares mais próximos.

- **Qual a opinião dos utentes sobre o funcionamento geral da URR do CHVNG/E?**

Nesta questão obteve-se um elevado índice de satisfação em relação à maioria dos itens. Os utentes encontram-se satisfeitos com a qualidade da URR, ou seja, ficaram impressionados com os cuidados e serviços que lhes foram prestados nesta unidade. Expressaram sentimentos do género: “fui tão bem tratado no hospital que até comentei com a minha família e amigos”, “soube sempre quem era o meu médico assistente”, “fui muito bem tratado pelos médicos” e “fui muito bem tratado pelos enfermeiros”. Além disso, referiram não ter havido necessidade de o hospital permitir que os familiares participassem mais nos cuidados que foram prestados aos utentes.

Todos os utentes referiram, ainda, que voltariam a este hospital caso precisassem de realizar novamente reabilitação respiratória e apenas um inquirido respondeu que provavelmente não recomendaria este hospital a um familiar ou amigo que precisasse de realizar reabilitação respiratória, todos os outros responderam que o recomendariam. Encontram-se, deste modo, na sua maioria satisfeitos com o programa de reabilitação respiratória e com o impacto que este teve nas suas melhoras, apesar dos pontos fracos que foram identificando.

As razões pelas quais os utentes voltariam à URR caso necessitassem de realizar novamente reabilitação respiratória associam-se a diversos aspectos como a necessidade do tratamento, o tratamento e atendimento que receberam, a localização do hospital (hospital da área de residência) e a familiaridade com a unidade, pois como já se referiu, há utentes que recorrem a esta unidade há vários anos.

Apenas nos itens “gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado” e “soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados” a maioria dos inquiridos não se encontra satisfeita. O primeiro ponto está provavelmente relacionado com a necessidade que têm de se sentirem mais activos e emitirem mais a sua opinião. No que respeita ao conhecimento do enfermeiro responsável pelos seus cuidados, de facto quando os utentes entram no ginásio para a realização das sessões, são atendidos pelo enfermeiro que está disponível naquele momento, logo o utente pode ser atendido por um enfermeiro diferente em cada sessão.

Importa ainda referir que alguns utentes inquiridos da URR se mostraram agradavelmente surpreendidos com o programa de reabilitação respiratória e com o atendimento e o tratamento que obtiveram nesta unidade.

Decorrente do exposto e contrapondo com o referencial teórico, pode afirmar-se que a qualidade da URR foi de encontro às expectativas do utente, tanto a nível da dimensão técnica, relacionada com o resultado do processo, neste caso do programa de reabilitação respiratória, como a nível da dimensão funcional, que se relaciona com a forma como o cliente recebe e vivencia o serviço, expressa neste estudo através da avaliação feita pelos utentes à satisfação com os cuidados prestados na URR. Ou, vindo por outro prisma, as expectativas dos utentes foram superadas quer em termos da estrutura (recursos disponíveis), do processo (qualidade técnico-científica) e dos resultados obtidos (interpessoais e técnicos).

Assim, no balanço entre peso das percepções e peso das expectativas, as percepções ultrapassaram as expectativas dos utentes em relação aos serviços prestados na URR, logo a qualidade percebida é boa. Esta está, por sua vez, intimamente ligada com o nível de satisfação dos utentes da URR.

As dimensões da satisfação do utente mais identificadas na literatura são as referidas por Ware *et al.* (1983): aspectos interpessoais, qualidade técnica do cuidado, acessibilidade/conveniência, aspectos financeiros, eficácia/resultados do cuidado, continuidade dos cuidados, ambiente físico e disponibilidade. Todas elas foram consideradas neste estudo, à excepção dos aspectos financeiros. As razões desta opção prendem-se com as necessidades de investigação e formação específica nesta área e com o facto de o esforço financeiro dos utentes ser reduzido num Sistema de Saúde que é tendencialmente gratuito (possivelmente os maiores gastos dos utentes da URR prendem-se com o custo dos transportes no acesso ao hospital e no regresso a casa).

Este trabalho foi inovador na medida em que possibilitou a redução do número de factores que permitem identificar as relações estruturais entre as variáveis que mais contribuem para a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E, sendo estes factores: (1) eficiência do pessoal de enfermagem e do pessoal administrativo; (2) gestão dos recursos físicos, do tempo de espera e do planeamento da alta; (3) eficiência do pessoal médico.

Esta investigação possibilitou também a identificação das dimensões que mais contribuem para a satisfação dos utentes da URR do CHVNG/E e as variáveis mais críticas, onde é necessário melhorar, como são o estacionamento, as instalações sanitárias, o conhecimento do enfermeiro responsável pelos cuidados e a participação activa dos utentes nas decisões referentes à forma como são tratados.

À medida que esta investigação foi decorrendo, mais certeza se tinha acerca da pertinência da mesma. No contexto da URR do CHVNG/E, uma unidade específica orientada para o tratamento de portadores de doença respiratória crónica e cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, não são de admirar os resultados obtidos. Através das traduções das percepções dos utentes desta unidade em números e percentagens, tem-se a consciência que o percurso de trabalho deve ser mantido em muitos pontos e melhorado noutros. Para tal é essencial que todos os profissionais e responsáveis pela URR tenham conhecimento dos resultados obtidos, podendo desta forma serem tomadas as necessárias diligências.

Tendo por base a análise dos resultados do estudo efectuado, pode-se constatar que, de uma maneira geral, os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados na URR. É importante não esquecer que a maioria dos utentes recorre a esta unidade rotineiramente, mais de uma vez por ano, tendo já realizado mais de quatro programas de reabilitação respiratória. Daí que tenham um relacionamento com os profissionais da URR assente na empatia, confiança e respeito. Além disso, esta situação pode originar a acomodação dos utentes tanto aos recursos físicos como aos recursos humanos e a todos os processos inerentes ao programa de reabilitação respiratória, o que pode de certa forma enviesar positivamente a sua satisfação.

A satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos utentes é fulcral para se alcançar a qualidade total, que consiste numa das componentes de valor na óptica do utente como o é o preço ou os recursos que o utente tem de pagar para obter os serviços de saúde.

Relembrando, o conceito de qualidade assume um lugar preponderante nas organizações de saúde, como instrumento de melhoria nos seus programas de

desenvolvimento. Pode-se definir o termo qualidade partindo de diferentes pontos de vista, sendo o estudado nesta investigação, o do cliente. Deste ponto de vista o desenvolvimento da qualidade é uma ferramenta para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído, por um lado para a discussão sobre os diversos conceitos e percepções da satisfação dos utentes relativamente aos serviços de reabilitação, mais especificamente de reabilitação respiratória. Por outro lado, espera-se que forneça o conhecimento e posicionamento real que os utentes detêm sobre estes serviços.

Para que os serviços de reabilitação respiratória alcancem o sucesso pretendido, os gestores devem procurar minimizar ou anular todas as situações menos positivas detectadas.

Deste modo, espera-se que as conclusões que foram sendo apresentadas permitam a quem gere este tipo de serviços:

- Compreender onexo causal entre qualidade, satisfação e reabilitação respiratória. Que as dimensões qualidade, informação e prestação de cuidados sejam inseridas conjuntamente na matriz organizacional para que se atinjam e mantenham os níveis de qualidade e os resultados que os utentes esperam;
- Conhecer os factores que contribuem para a satisfação dos utentes da URR e que evidenciam as áreas de organização e de gestão que exigem por parte dos gestores/administradores uma atenção mais pormenorizada.
- Entender, de forma clara e objectiva, a indispensabilidade de se equacionar a necessidade e possibilidade de alterações tanto a nível dos processos produtivos de tratamento como das condições e dos ambientes destes serviços;
- Articular, na medida do possível, as questões da qualidade dos serviços e melhoria da condição de saúde num processo de gestão integrada, para aumentar os índices de satisfação dos utentes.

Em suma, apesar de tudo o que foi realizado neste trabalho de investigação, tem-se a noção de que muito ficou por fazer, muitos conceitos ficaram por operacionalizar e muitas abordagens consequentes devem ser reforçadas e justificadas empiricamente. Contudo, os trabalhos de âmbito organizacional, nomeadamente os que estudam os comportamentos e as percepções, requerem profissionais dos diversos saberes dada a diversidade teórica, metodológica e pedagógica do seu percurso. Este foi, com certeza, um

dos principais problemas deste estudo, daí que se sugira a criação de condições propícias ao trabalho multidisciplinar.

Outra grande limitação verificada nesta investigação prendeu-se com o método de recolha de dados utilizado. O facto da recolha de informação ter sido efectuada numa só instituição e sob a forma de opinião dos intervenientes limitou a análise concreta de outras realidades equiparadas. No entanto, a fraca existência deste tipo de serviços no sector constituiu, desde logo, a maior das limitações. Assim, face a esta limitação, sugere-se que no futuro sejam efectuados outros estudos que incluam amostras de maiores dimensões e também serviços de outras instituições.

Por fim, importa referir que em estudos futuros deve ser ainda explorado o tipo de relação existente entre a prestação de cuidados, a satisfação e a qualidade dos serviços, assim como o seu grau de intensidade.

Ao terminar este estudo, considera-se que o presente pode contribuir, através do conhecimento proporcionado, para aumentar o grau de satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e consequentemente a qualidade dos serviços prestados, o que constitui a verdadeira missão das organizações de saúde.

BIBLIOGRAFIA

-
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D. Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa
- AACPR (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. **173**: 1390-1413
- American Thoracic Society (1999). Pulmonary Rehabilitation – 1999. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. **159**: 1666-1682
- APT (2000). *Guia de Boas Práticas de Gestão da Qualidade*. Lisboa
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R. e Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. **42**: 324-339
- Barañano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Editora Sílabo. Lisboa.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ª edição. Edições 70. Lisboa
- Barros, P. (1999). *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Acedido em 27, Abril, 2009, em: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/ac-ciencias.pdf>
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 2ª edição. Edições Almedina. Coimbra
- Besterfield, D. (1986). *Quality Control*. 2nd edition, Prentice-Hall International Editions. New Jersey
- Blumental, D. (1996). Quality of health care – Part 1: Quality of care: what is it?. *The New England Journal of Medicine*. **335**: 891-894
- Bogdan R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Porto
- Bostan, S., Acuner, T. e Yilmaz, G. (2007). Patient (customer) expectations in hospitals. *Health Policy*. **82**: 62-70
- Brook, R. H.; McGlynn, E. A.; Cleary, P. D. (1996) Quality of health care – Part 2: Measuring quality of care. *The New England Journal of Medicine*. **335**: 1328-1331
- Brown, S. e Swartz, T. (1989), A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*. **53**: 92-98.
-

-
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Edições Almedina. Coimbra
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência – Satisfação dos Utentes*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. **14**: 236-249
- Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (1973). *Metodologia Científica*. 3ª edição. McGraw-Hill. São Paulo
- Cheng, B., Yang, M. e Chiang, T. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal of Quality in Health Care*. **15**: 345-355
- Chizzotti, A. (1995) *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª edição. Cortez. São Paulo
- Comissão Permanente dos Hospitais da U.E. (2000) *HOPE: A qualidade dos cuidados de saúde/Actividades hospitalares*. Relatório do Grupo de Trabalho para a qualidade dos cuidados hospitalares. Leuven
- Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro. *Diário da República nº 42/2007 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Regulamentar nº 20/1977 de 16 de Março. *Diário da República nº 63/1977 – I Série*. Ministérios da Administração Interna, das Finanças e dos Assuntos Sociais. Lisboa.
- DGS (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa
- Donabedian, A., (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. **260**: 1743-1748
- Donabedian, A., (1990). *Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Draper, M., Cohen, P. e Buchan, H. (2001). Seeking consumer views: What use are results of hospital patient satisfaction surveys. *International Journal of Quality in Health Care*. **13**: 463-468
- Eiriz, V. e Figueiredo, J. (2004), Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. **3**: 20-28.
- Espiridão, M. e Trad L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. **10**: 303-312
-

-
- Ferreira P e Marques, F. (1998) *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Faculdade de Economia. Centro de Estudos de Investigação em Saúde. Coimbra
- Ferreira, P. (1998). *A voz dos doentes*. Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde do Centro e Centro de Estudos de Investigação em Saúde. Faculdade de Economia. Coimbra
- Ferreira, P. e Raposo, V. (2006) A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. **22**: 285-296
- Ferreira, P., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P. e Felício, E. (2001). Determinantes da Satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático **2**: 53-61
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and Measurement of Patient's Satisfaction. Em R. Fitzpatrick e A. Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care*. Royal College of Physicians of London. London.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures
- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M. R. e Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **19**: 55-80
- Franco, M. e Florentim R. (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*. **24**: 21-35
- Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª edição. Formasau. Coimbra
- Ganhão, F. (1991). *A Qualidade Total*. CEDINTEC. Lisboa
- Gianesi, I. e Corrêa, H. (1994) *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. 1ª edição. Atlas. São Paulo
- Gil, A. C. (1988). *Como elaborar projectos de pesquisa social*. Atlas. São Paulo
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa*. 5ª edição. Atlas. São Paulo
- Godoy, I., Paiva, S. e Campana, A. (2003). Nutrição da reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). *Reabilitação Pulmonar*. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
-

-
- González, N., Quintana, J., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Esteban, C., Sebastián, J. e Sierra, E. (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *International Journal of Quality in Health Care*. **17**: 465-472
- González-Valentín, A., Padín-López, S. e Ramos-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*. **20**: 63-72
- Greene, J. Y.; Weinberger, M; Mamlin, J. J. (1980). Patient attitudes toward health care expectations of primary care in a clinic setting. *Social Science and Medicine*. **14A**: 133–138.
- Grönroos, C. (1990). *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington Books. Lexington
- Grönroos, C. (2004) *Marketing: gerenciamento e serviços*. 2ª edição. Elsevier. Rio de Janeiro
- Hespanhol, A., Vieira, A. e Pereira, A. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. **24**: 363-372
- Hill, N. (2006). Pulmonary Rehabilitation. *Proceedings of the American Thoracic Society*. **3**: 66-74
- Hradesky, J. (1995). *Total Quality Management Handbook*. McGraw-Hill. New York
- John, J. (1992). Patient satisfaction: the impact of past experiences. *Journal of Health Care Marketing*. **12**: 56-64.
- Khayat, K. e Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice*. **44**: 215-219
- Kotler, P. (1998). *Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controle*. 5ª edição. Atlas. São Paulo
- Lakatos, E. e Marconi, M. (1996). *Técnicas de pesquisa*. 3ª edição. Atlas. São Paulo
- Landau, S. e Everitt, B. (2004). *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS*. Chapman & Hall/CRC. Florida
- Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Acedido em 09, Abril, 2009, em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
-

-
- Leventhal, H., Zimmerman, R. e Gutman, M. (1984). Compliance: A self regulation perspective. Em W. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. Guildford Press. New York.
- Levitt, T. (s.d.). *As melhores citações de gestão*. Executive Digest. 190-192
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patients' satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*. **16**: 583-589.
- Lodoño, M., Morera, G. e Lacerda, P. (2003). *Administração Hospitalar*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro
- Lytle, R. S. e Mokwa, M. P. (1992), Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. *Journal of Health Care Marketing*. **12**: 4-14
- Maroco, J. e Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 2ª edição. Edições Sílabo. Lisboa
- Martin, V., Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Monitor. Lisboa
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Editora Manole. São Paulo
- Miguel, P. e Salomi, G. (2004). Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*. **14**: 12-30
- Minayo, M., Deslandes, S., Neto, C. e Gomes, R. (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes. Rio de Janeiro
- Ministério da Saúde (2009). *Hospitais EPE: O Processo de Empresarialização*. Acedido em 10, Abril, 2009, em: http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Apresentacao/
- Monteiro, A. (2000). *Qualidade dos cuidados hospitalares: A voz dos doentes*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. FEUC. Coimbra
- Neuman, W. (2006). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. 6th edition. Pearson. Boston
- Nogueira, F. (2004). *Decisores Hospitalares: Necessidades Formativa e Informativas*. Tese de Doutoramento. UTAD. Vila Real
- OMS (1996). Le gens et leur santé: quell qualité de vie?. *Forum Mondial de la Santé*. **17**

-
- OMS (2008). *Chronic Diseases and Health Promotion*. Acedido em 13 de Junho de 2008 em <http://www.who.int/chp/en/>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., e Berry, L. (1988) SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. **64**: 12-40
- Pereira, M., Araújo-Soares, V., McIntyre, T. (2001) Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. **2**: 69-80
- Pereira, A. (2008). *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª edição. Edições Sílabo. Lisboa
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 3ª edição. Edições Sílabo. Lisboa
- Pires, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª Edição, Edições Sílabo. Lisboa
- Polit, D. F., & Hungler B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª edição. Artes Médicas. Porto Alegre
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1998) *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª edição, Gradiva. Lisboa.
- Rodrigues, S. (2003a). Resumo histórico da reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). *Reabilitação Pulmonar*. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- Rodrigues, S. (2003b). Reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). *Reabilitação Pulmonar*. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- Rodrigues, S. (2003c). Avaliação do programa de reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). *Reabilitação Pulmonar*. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- Rudkin, S. (2005). Reabilitação respiratória. Em: G. Esmond (Ed.). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*, Lusociência. Loures
- Sage, G. (1991). Customers and the NHS. *International Journal of Health Quality Assurance*. **4**: 23-34
- Sakellarides, C. (2003). Prefácio. Em: *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Edição Instituto do Consumidor. Lisboa.
- Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **11**: 29-46.
- Sargeant, A. (1999). *Marketing Management for Nonprofit Organizations*. Oxford University Press. Oxford

-
- Silva, C. e Rodrigues, S. (2003). Educação na reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). *Reabilitação Pulmonar*. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- Simão, P. (2009). A Reabilitação Respiratória. Em: *Saúde Respiratória: DPOC*. Acedido em 28, Abril, 2009, em: <http://www.respira.pt/mainStage.html>
- Simões, C. (2006). *O Papel dos Serviços de Reabilitação na Satisfação dos Seus Utentes: O caso do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro*. Tese de Mestrado em Gestão. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional das Beiras. Viseu.
- Singh, J. (1990.) A multifacet typology of patient satisfaction with a hospital. *Journal of Health Care Marketing*. **10**: 8-21
- Sitzia, J. e Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. **45**: 1829-1843
- Sociedade Americana para o Controlo de Qualidade. (s.d.). *As melhores citações de gestão*. Executive Digest. 182-184
- Slack, N., Johnston, R., e Chambers, S. (2002) *Administração da produção*. 2ª edição. Atlas. São Paulo
- Streubert, H. J., e Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª edição. Lusociência. Loures
- Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R. e Decramer, M. (2005). Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. **172**: 19-38
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. **39**: 507-514
- Vaitsman, J. e Andrade, G. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. **10**: 599-613
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R. e Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. Ann Arbor. **6**: 247-263.
- Westaway, M., Rheeder, P., Van Zil, D. e Seager, J. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal of Quality in Health Care*. **15**: 337-344
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. e Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press. New York.
-

ANEXOS

ANEXO I
Autorizações Solicitadas



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

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 5 de Junho de 2009

Ex.ma Senhora Dr^a:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que o questionário "Como vê o Seu Hospital" inserido no sistema IAQH - Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar, e de autoria do CEISUC, se encontra validado.

No entanto, é com todo o prazer que autorizo que, no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar, seja utilizado o referido questionário. Em anexo envio-lhe a última versão deste questionário.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico



CENTRO HOSPITALAR
DE
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE



Ministério da Saúde
Administração Regional
de Saúde do Norte

Exma. Sra. Enf^a
Gisela Marta Monteiro Santos
Serviço de Pneumologia
CHVNG/Espinho, EPE

N/Ref.:	Data.	V/Ref.:	Data:
319/2009	14-04-2009	Req.	10-02-2009

Assunto: Informação sobre pedido de aplicação de questionário

Em resposta ao V/ pedido de aplicação de questionário a utentes da Unidade de Reabilitação Respiratória, temos a informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Conselho de Administração de 08-04-2009.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear a referida recolha de dados.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF 319/2009

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 14 de Abril de 2009.

CHVNG/E, EPE
Enf.^a *Irone Collaço*
Serviço Formação, Ensino e Investigação
Nº Mecanográfico: 1647

Secretariado e informações:
Serviço de Formação, Ensino e Investigação
Rua Conceição Fernandes
4434-502 V. N. de Gaia
Tel/Fax: (22) 7865127 – Ext. 11257 e 11627
E-mail: df@chvng.min-saude.pt



Mod. SC - 2 5535002

Rua Conceição Fernandes - 4434-502 Vila Nova de Gaia - Telef. 227 865 100 - Fax 227 830 209

ANEXO II

Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO

Para responder a este questionário, pense no seu último programa de reabilitação respiratória. Em cada pergunta, assinale com um “X” a resposta que considera mais adequada.

DADOS SOBRE O SEU PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Além desta, quantas vezes já recorreu à Unidade de Reabilitação Respiratória (URR)?

- ₁ Nunca, esta foi a primeira vez
- ₂ Mais uma vez
- ₃ Mais duas vezes
- ₄ Três ou mais vezes

2. Já foi tratado/a neste hospital na Consulta Externa ou no Internamento?

- ₁ Sim
- ₂ Não

3. Sentiu dificuldades de transporte no acesso ao hospital e no regresso a casa?

- ₁ Sim
- ₂ Não

3.a Se respondeu SIM, especifique a razão:

- ₁ Localização do hospital
- ₂ Sinalização para o hospital
- ₃ Estacionamento
- ₄ Sinalização dos serviços
- ₅ Edifício
- ₆ Outra: _____

4. Foi admitido/a

- ₁ Pelo internamento
- ₂ Pelas consultas externas
- ₃ Transferido de outra instituição
- ₄ Outra: _____

5. Quanto tempo esperou para realizar este programa de reabilitação respiratória?

____Meses____Dias

6. Considerou que este tempo foi

- ₁ O necessário
- ₂ Curto demais
- ₃ Longo demais
- ₄ Não tenho a certeza

7. Quantas sessões de reabilitação respiratória realizou neste programa de reabilitação respiratória?
 _____ Sessões
8. Na alta, foi-lhe marcada alguma consulta de seguimento?
₁ Sim
₂ Não
9. Foi-lhe dada alguma informação em como reclamar, caso necessitasse?
₁ Sim
₂ Não

Pedimos-lhe que avalie aspectos relativos ao seu programa de reabilitação respiratória. Assinale com um "X" apenas uma resposta.

ADMISSÃO	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
10. Eficiência do processo de admissão: Facilidade em abrir o processo, incluído o tempo que demorou.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. Preparação para as sessões: Informações para a preparação das sessões e informações sobre as sessões.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Atenção que foi dada às suas necessidades: Forma como foi recebido/a.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13. Tempo de espera: Tempo que espera entre registar a sua chegada e começar a fazer os tratamentos.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
CUIDADOS PRESTADOS NA URR	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
14. Satisfação das suas necessidades: Vontade do pessoal de satisfazer as suas necessidades.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
15. Coordenação de cuidados: O trabalho em equipa de todo o pessoal que cuidava de si.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. Ajuda e simpatia: capacidade do pessoal de o/a fazer sentir-se confiante e seguro.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. Sensibilização para os problemas: Sensibilidade do pessoal em relação aos seus problemas e preocupações.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. Duração do programa: Tempo que demorou o programa de reabilitação respiratória.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

INFORMAÇÃO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
19. Facilidade em obter informações: Vontade do pessoal de responder às suas perguntas.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. Informações: Forma como foi esclarecido/a sobre procedimentos ou tratamentos e o que esperar deles.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

PESSOAL DE ENFERMAGEM

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
21. Atendimento: Forma como o pessoal de enfermagem o/a atendeu e desempenhou as suas actividades.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22. Atenção prestada pela enfermagem ao seu estado de saúde: Frequência com que pessoal de enfermagem verificou a evolução do seu estado de saúde.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
23. Disponibilidade: Forma como o pessoal de enfermagem deu resposta a dúvidas e solicitações.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
24. Cuidados e Carinho: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelo pessoal de enfermagem.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25. Informação fornecida: Forma como o pessoal de enfermagem comunicou com os doentes e médicos.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

PESSOAL MÉDICO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
26. Atenção prestada pelos médicos ao seu estado de saúde: Frequência com que os médicos verificaram a evolução do seu estado de saúde.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27. Disponibilidade dos médicos: Facilidade de falar com o seu médico.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28. Cuidados e Carinho: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
29. Atendimento: Forma como o pessoal médico o/a atendeu e diagnosticou, examinou e tratou.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
30. Informação fornecida: Forma como o seu médico o/a informou acerca da sua doença, do tratamento e do que fazer depois da alta.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

OUTRO PESSOAL	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
31. Pessoal auxiliar: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
32. Pessoal administrativo: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
CONDIÇÕES DAS INSTALAÇÕES	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
33. Privacidade: Forma como a sua privacidade foi assegurada.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
34. Sala de espera: Limpeza, conforto, iluminação, temperatura.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
35. Sala de consulta: Limpeza, conforto, iluminação, temperatura.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
36. Ginásio: Limpeza, conforto, iluminação, temperatura.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
37. Utilização de equipamentos de apoio: Possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex: cadeira de rodas, bengala, canadiana).	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
38. Equipamento: Forma como o equipamento lhe pareceu estar actualizado e em funcionamento.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
39. Ambiente físico: Ruído, espaço, decoração, luminosidade, climatização.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
40. Instalações sanitárias: Limpeza, conforto, privacidade.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
41. Sinalização: Facilidade de se orientar dentro do hospital.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
42. O edifício: A sua opinião sobre onde a URR esta instalada.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
43. Estacionamento: Lugares disponíveis e a sua localização.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
44. Condições para o acompanhante: Local de espera e instalações.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
45. Utilidades: Acesso a telefone, caixa multibanco, televisão, bar/consumíveis, etc).	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

ALTA	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
46. Procedimentos de alta: Forma como se processou.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
47. Planeamento de alta: Instruções/ensinos que recebeu sobre o que fazer e esperar após a alta.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
48. Coordenação de cuidados: Esforço do pessoal do hospital para satisfazer as suas necessidades depois da alta.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

OPINIÃO GERAL	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
49. Qualidade da URR: Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
50. Impacto do programa: Medida em, que o programa de reabilitação respiratória contribuiu para as suas melhoras.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
51. Imagem da URR: Reputação da Unidade na sua comunidade.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

De seguida são apresentadas frases que os doentes por vezes dizem relativamente ao seu programa de reabilitação respiratória. Por favor dê-nos a sua opinião em relação a cada uma delas.

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

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

59. Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de realizar reabilitação respiratória?

- ₁ Claro que sim
- ₂ Provavelmente sim
- ₃ Provavelmente não
- ₄ Claro que não
- ₅ Não se aplica porque vivo longe o hospital

60. Voltaria a este hospital caso precisasse de realizar novamente reabilitação respiratória?

- ₁ Claro que sim
- ₂ Provavelmente sim
- ₃ Provavelmente não
- ₄ Claro que não
- ₅ Não se aplica porque vivo longe o hospital

61. Indique as razões por que voltaria ou não voltaria a este hospital.

Por favor, responda com sinceridade.

62. Melhoramentos indispensáveis: Por favor diga-nos quais os aspectos do hospital/URR que necessitam de ser melhorados.

63. Surpresas agradáveis: Durante o seu programa de reabilitação respiratória teve alguma surpresa boa?

64. Surpresas desagradáveis: Durante o seu programa de reabilitação respiratória teve alguma surpresa má?

(caso necessite de mais espaço para os seus comentários, por favor utilize as últimas páginas em branco.)

Pedimos-lhe agora que nos dê alguma informação sobre o seu estado de saúde actual.

65. Em geral, diria que a sua saúde é:

- ₁ Óptima
- ₂ Muito boa
- ₃ Boa
- ₄ Razoável
- ₅ Fraca

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

66. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.

- ₁ Sim, muito limitado
- ₂ Sim, um pouco limitado
- ₃ Não, nada limitado

67. Subir vários lanços de escadas.

- ₁ Sim, muito limitado
- ₂ Sim, um pouco limitado
- ₃ Não, nada limitado

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas....	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
68. Fez menos do que queria?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
69. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas....	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
70. Fez menos do que queria?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
71. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
72. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	<input type="checkbox"/> ₁ Absolutamente nada	<input type="checkbox"/> ₂ Pouco	<input type="checkbox"/> ₃ Moderadamente	<input type="checkbox"/> ₄ Bastante	<input type="checkbox"/> ₅ Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

- | Quanto tempo nas últimas quatro semanas.... | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 73. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 74. Se sentiu com muita energia? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 75. Se sentiu deprimido/a? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
| 76. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares mais próximos)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 77. Após realizar este programa de reabilitação respiratória, considera que a sua condição de saúde... | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Não se alterou | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ₂ Melhorou um pouco | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ₃ Melhorou moderadamente | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ₄ Melhorou bastante | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ₅ Melhorou imenso | | | | | |

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

78. Qual o seu local de residência?

Localidade _____ Código Postal _____
 Conselho _____ Distrito _____

79. Qual é o seu sexo? ₁ Feminino ₂ Masculino

80. Qual é a sua idade? _____ anos

81. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a com registo
- ₂ Casado/a sem registo
- ₃ Solteiro/a
- ₄ Viúvo/a
- ₅ Divorciado/a
- ₆ Separado/a

82. Qual a sua profissão? (Se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)

83. Qual é a sua situação profissional?

- ₁ Trabalhador/a por conta de outrem
- ₂ Trabalhador/a familiar não remunerado
- ₃ Patrão
- ₄ Trabalhador/a por conta própria
- ₅ Desempregado/a
- ₆ Estudante
- ₇ Doméstico/a
- ₈ Reformado/a – Profissão quando no activo: _____
- ₉ Inválido/a
- ₁₀ Outra condição não especificada – Qual? _____

84. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
- ₂ Sabe ler e escrever
- ₃ Ensino básico
- ₄ Ensino secundário
- ₅ Ensino médio
- ₆ Ensino superior

85. Qual é, aproximadamente, o seu rendimento mensal médio, depois dos descontos?

- ₁ Até 250€(50 contos) mensais
- ₂ De 250€a 400€(80 contos) mensais
- ₃ De 400€a 750€(150 contos) mensais
- ₄ De 750€a 1.500€(300 contos) mensais
- ₅ De 1.500€a 2.500€(500 contos) mensais
- ₆ Mais de 2.500€mensais

86. E do seu agregado familiar? (caso não viva sozinho)

- ₁ Até 250€(50 contos) mensais
- ₂ De 250€a 400€(80 contos) mensais
- ₃ De 400€a 750€(150 contos) mensais
- ₄ De 750€a 1.500€(300 contos) mensais
- ₅ De 1.500€a 2.500€(500 contos) mensais
- ₆ Mais de 2.500€mensais

87. É funcionário deste hospital? ₁ Sim ₂ Não

88. Alguém da sua família é funcionário deste hospital? ₁ Sim ₂ Não

Muito obrigada pelo tempo e apoio dispensado ao preencher este questionário. Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas.
