



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Satisfação do acompanhante do doente adulto que recorre ao serviço de urgência

Margarida Maria Martins Lopes

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Margarida Maria Martins Lopes

SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE DO DOENTE ADULTO QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

II Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Agosto, 2015

RESUMO

A preocupação com a qualidade e com a satisfação tem aumentado exponencialmente nos últimos anos e é, hoje em dia, uma das exigências impostas às instituições de saúde. Paralelamente, o aumento da complexidade das práticas, o maior envolvimento dos doentes e dos seus acompanhantes e, a necessidade de uma melhor integração nos cuidados exigem das instituições maior eficácia e eficiência. Manter continuamente a qualidade e a melhoria requer uma avaliação contínua e uma das estratégias para avaliar a qualidade dos cuidados é conhecer o nível de satisfação, enquanto utilizadores dos serviços de saúde, tendo em conta as experiências e as expectativas dos mesmos.

Neste sentido, para identificar a satisfação dos acompanhantes dos doentes adultos que recorrem a um serviço de urgência, foi realizado um estudo misto, do tipo descritivo-correlacional e transversal, numa amostra de 235 acompanhantes de doentes. Esta investigação teve como finalidade contribuir para a implementação de medidas de melhoria contínua do funcionamento e dos serviços de saúde prestados. O objetivo principal foi avaliar o nível de satisfação global, dos acompanhantes do doente adulto que recorre ao Serviço de Urgência, relativamente à sua perceção sobre os cuidados prestados.

Para a recolha de dados, foi aplicado um questionário, elaborado com base nos resultados do Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes de um Hospital – QMETRICS (Serviços de Consultadoria, Gestão e Avaliação da Qualidade e da Satisfação, SA).

Os resultados obtidos permitiram verificar que, relativamente à satisfação global do serviço prestado, a maioria (86,4%) dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos. Os itens registados com maior nível de satisfação foram os aspetos gerais, admissão de doentes, tempo de espera para ser atendido na triagem e o desempenho/atendimento do pessoal de saúde. Por outro lado, as áreas apontadas como mais problemáticas foram o tempo de espera na secretaria para efetuar a admissão no hospital, a primeira observação médica, realização e conhecimento dos resultados dos exames/tratamentos. Verificou-se que 86,0% dos acompanhantes referiram que se fosse necessário voltariam ao mesmo hospital e 79,6% aconselhá-lo-iam a um familiar/amigo. Concluiu-se ainda que os

acompanhantes expectam que o atendimento no serviço de urgência seja rápido, dotado de profissionalismo humanismo, simpatia, compreensão, e célere no tratamento. O tempo de espera foi a crítica mais apontada, sendo sugerida pelos questionados o seu encurtamento. Verificou-se que as características sociodemográficas não interferem com a satisfação dos acompanhantes dos doentes adultos. Conclui-se quanto maior é a satisfação dos acompanhantes, relativamente aos aspetos gerais do hospital, o conforto e qualidade das instalações, respeito pela privacidade, sinalética, limpeza, triagem, tempos de espera e as visitas, maior é a sua satisfação com os cuidados globais prestados; quanto menos tempo os inquiridos esperam para a triagem e desde a triagem até à primeira observação médica, mais satisfeitos ficam, e quanto mais satisfeitos estão com a qualidade técnica dos profissionais e com as relações interpessoais mais satisfeitos se encontram com os cuidados globais.

Palavras-chave: Satisfação; Acompanhantes de doentes adultos; Urgência.

ABSTRACT

The concern for quality and satisfaction has increased exponentially in the recent years and it is today one of the requirements imposed on Health Institutions. At the same time, the increasing complexity of practices, the greater involvement of patients and their companions and the need for a better integration of care require the institutions to be more effective and efficient. In order to maintain continuous quality and improvement continuous assessment is required; and the strategy to assess the quality of care is to learn the level of satisfaction, of users of health services, taking into account their experiences and expectations.

Therefore, a mixed study was done in order to identify the level of satisfaction of those who accompany adult patients resorting to the Emergency Unit. This was a descriptive-correlational and cross-sectional study with a sample of 235 adults accompanying patients. This research aimed to contribute to the implementation of measures for the continuous improvement measures of health care services. The main aim was to evaluate the level of overall satisfaction of those accompanying the adult patient to the Emergency Unit, regarding their perception of the health care provided.

For data collection, a questionnaire was applied, which was built in order to present the results of the Perceived Quality Assessment System and the satisfaction of the Hospital Utilizers - QMETRICS, adapted to the population under study and what we sought to obtain from the study.

The results obtained showed that, regarding the overall satisfaction of the service, the majority (86.4%) of the adults accompanying patients were satisfied or very satisfied. The items that registered the highest level of satisfaction refer to general aspects, admission of patients, waiting time to be assisted in triage, health personnel performance / assistance. On the other hand, the areas identified as being the most problematic were the waiting period at the secretary's office for hospital admission, the first medical observation, waiting time for undergoing examinations / treatments and waiting for its results. It was verified that 86.0% of the adults accompanying patients said that, if necessary, they would return to the hospital under study and 79.6% would advise it to a family member / friend. It

was concluded that the adults accompanying patients expect the services in the Emergency service to be quick, and characterised by professionalism, humanism, sympathy and understanding, and rapid treatment. The waiting period was most criticised aspect and it was suggested by those enquired that it should be shortened. It was verified that the socio-demographic characteristics do not interfere with the level satisfaction of adults who are accompanying adult patients. It was concluded that the greater the satisfaction of the accompanying adult regarding general aspects of the hospital, the comfort and quality of the facilities, the respect for privacy, the signage, hygiene, the triage, the waiting periods and the visits, the greater is his/her satisfaction concerning the global care provided; the less time those enquired wait for triage and until the first medical observation, the more satisfied they will be; and the more satisfied they are with the technical quality of the professionals and with the interpersonal relationships, the more satisfied they are concerning the overall care provided.

Keywords: satisfaction; accompanying adults of adult patients; urgency/emergency.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível sem ajuda de muitos. Sendo assim, manifesto o meu profundo agradecimento a todos, que direta ou indiretamente contribuíram para que esta dissertação fosse exequível. Um agradecimento em particular:

- À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, pela dedicação, pela orientação com rigor e seriedade, pelo apoio científico, pela transmissão e partilha de conhecimentos, pela inspiração e sugestões e, pela compreensão e incentivo.

- Ao Enfermeiro Chefe António Faria pela disponibilidade, motivação e pelo inestimável apoio na análise estatística.

- À Professora Doutora Maria Isabel Machado Correia Briosos Dias, pela disponibilidade, dedicação, simplicidade na ajuda, pela partilha de sabedoria, e pelo encorajamento.

- À Mestre Paula Maria Correia Araújo pela disponibilidade, apoio e ajuda.

- À Comissão Executiva do Hospital de Braga, à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga, ao Diretor do Serviço de urgência e ao Enfermeiro Chefe do Serviço de urgência do Hospital de Braga, por autorizarem a realização deste trabalho.

- A todos os acompanhantes de doentes adultos do serviço de urgência, pela disponibilidade de tempo e amabilidade que aceitaram participar neste estudo, sem os quais a presente investigação seria impossível.

- Aos Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Assistentes de Sala do serviço de urgência do Hospital de Braga, pela colaboração e amizade.

- A algumas docentes da instituição *Lancaster College* de Braga em especial à Professora Natália, Professora Ana Paula e Professora Sandra, pela ajuda na revisão do texto e tradução.

- Aos que trabalham comigo, pela amizade, ajuda, estímulo, incentivo e paciência.

- Aos meus Pais e irmãs, Isabel, Natália e Carla por todo o apoio, incentivo, ajuda, paciência, carinho e encorajamento para ultrapassar todos os desafios.

- Aos meus rapazes, pelos momentos em que os privei da atenção e companhia que mereciam... com todo o meu carinho.

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	5
AGRADECIMENTOS	7
ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	15
ÍNDICE DE FIGURAS	17
ABREVIATURAS E SIGLAS	19
INTRODUÇÃO	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
CAPÍTULO I – QUALIDADE EM SAÚDE	25
1 – Evolução do conceito de qualidade nos cuidados de saúde	26
2 – Dimensões da qualidade nos cuidados de saúde	27
3 – Avaliar a qualidade dos cuidados prestados	31
CAPÍTULO II – SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS SERVIÇOS DE	35
SAÚDE	
4 – Satisfação do utente	36
5 – Avaliação da satisfação do utente com os cuidados recebidos	36
CAPÍTULO III – UTILIZADOR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	41
6 – Satisfação do utente com o serviço de urgência	42
6.1 – Fatores influenciadores da satisfação dos utentes utilizadores dos serviços de	43
urgência	
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	49
CAPÍTULO I – METODOLOGIA	51
1 - Tipo de estudo	51
2 - Objetivos do estudo	51
3 – Hipóteses	52
4 - Variáveis do estudo	53
5 - População e amostra	54
6 - Procedimento de recolha de dados	54

7 - Contextualização do serviço de urgência em estudo	55
8 – Tratamento de dados	57
9 – Instrumento de colheita de dados	58
PARTE III – RESULTADOS	67
CAPÍTULO I – RESULTADOS	69
1 - Resultados descritivos	69
2 - Resultados dos testes de hipóteses	80
3 – Expectativas, críticas e sugestões dos utilizadores do serviço de urgência ...	85
CAPÍTULO II - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES	109
APÊNDICE A – Pedido de autorização ao Presidente do Concelho de Administração	111
APÊNDICE B – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde	115
APÊNDICE C – Questionário	123
APÊNDICE D – Termo de responsabilidade do Investigador Principal	129
APÊNDICE E – Termo de responsabilidade do Orientador	133
APÊNDICE F - Pedido de autorização ao Diretor do serviço de urgência	137
APÊNDICE G – Pedido de autorização ao Enfermeiro Chefe do serviço de urgência	141
APÊNDICE H – Consentimento informado	145
APÊNDICE I – Teste Kolmogorov-Smirnov	149
APÊNDICE J – Transcrição das expectativas	153
APÊNDICE K – Transcrição das críticas	157
APÊNDICE L – Transcrição das sugestões	165
ANEXOS	173
ANEXO A – Autorização para realização do projeto de investigação	175

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Componentes da parte I do questionário.....	59
Tabela 2 - Componentes da parte II do questionário.....	60
Tabela 3 - Componentes da parte III do questionário.....	61
Tabela 4 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Aspetos Gerais do Hospital.....	63
Tabela 5 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Tempos de Espera.....	63
Tabela 6 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Relações Interpessoais.....	64
Tabela 7 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Qualidade Técnica dos Profissionais.....	64
Tabela 8 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Triagem.....	65
Tabela 9 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Visitas.....	65
Tabela 10 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Instalações.....	66
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a idade em função do sexo dos acompanhantes de doentes adultos.....	69
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera até ser chamado para a triagem.....	72
Tabela 13 - Distribuição da amostra relativamente à realização de exames de diagnóstico/tratamento.....	73
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com os aspetos gerais do Serviço de urgência.....	74
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos funcionários da receção/secretaria.....	75
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com a triagem.....	75

Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho médico.....	76
Tabela 18 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes relativamente ao desempenho dos enfermeiros.....	77
Tabela 19 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho de outros profissionais.....	77
Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e com o tempo de espera para realizar e saber o resultado de exames.....	78
Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o horário das visitas e facilidade de acesso ao doente no Serviço de urgência	78
Tabela 22 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação dos acompanhantes com as instalações.....	79
Tabela 23 - Distribuição da amostra relativamente a voltar ao Hospital ou recomendar a familiar/amigo.....	79
Tabela 24 - Resultados do teste Q^2 para a associação entre sexo e situação profissional, e a satisfação global dos cuidados prestados.....	80
Tabela 25 – Resultados dos testes de R. de Spearman entre idade e habilitações literárias e a satisfação global dos cuidados prestados	81
Tabela 26 – Resultados dos testes entre a satisfação dos aspetos gerais do Hospital e a satisfação global com os cuidados prestados.....	82
Tabela 27 – Resultados dos testes de associação entre a satisfação e conforto e qualidade das instalações; o respeito pela privacidade; a sinalética; e limpeza, e a satisfação global dos cuidados prestados.....	82
Tabela 28 – Resultados dos testes entre a satisfação com a triagem, o tempo de espera e o sistema de visitas e a satisfação global dos cuidados prestados.....	83
Tabela 29 – Resultados dos testes entre a satisfação da qualidade técnica dos profissionais e a satisfação global dos cuidados prestados.....	84
Tabela 30 – Resultados dos testes entre a satisfação com as relações interpessoais e a satisfação global dos cuidados prestados.....	85

Tabela 31 - Expectativas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao serviço de urgência.....	156
Tabela 32 - Críticas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao serviço de urgência.....	162
Tabela 33 – Sugestões que alguns inquiridos registaram nos seus inquéritos.....	170

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o Nível de Escolaridade dos acompanhantes dos doentes	70
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional dos acompanhantes dos doentes	70
Gráfico 3- Distribuição da amostra por motivo de deslocação do doente que é acompanhado ao serviço de urgência.....	71
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o grau de relação do acompanhante para com o doente	71
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a cor da prioridade atribuída ao doente que o inquirido acompanhava.....	72
Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera desde a triagem até à primeira observação médica.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Representação dos vários tempos de espera a que o utente está sujeito durante a permanência no serviço de urgência	42
Figura 2- Expectativas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao serviço de urgência	86
Figura 3- Críticas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao serviço de urgência	87
Figura 4 - Sugestões dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao serviço de urgência	88

ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

Insatisfeito – *insat.*

Satisfeito – *satisf.*

Siglas

Df – número de graus de liberdade

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

MS – Ministério da Saúde

P-value – A probabilidade de significância

Rx - Radiografia

RMN – Ressonância Magnética

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

INTRODUÇÃO

O Serviço de Urgência (SU) é um espaço amplo e aberto, onde os profissionais interagem constantemente com o limiar da vida e da morte, envolto em tecnologia, sendo propício à valorização do tecnicismo em prejuízo do trabalho de relação com o indivíduo e a sua família (Neto [et. Al], 2003). Quando uma doença afeta um indivíduo, afeta também a sua família, o que poderá implicar uma maior fragilidade por parte desta.

A preocupação com a qualidade em saúde tem aumentado exponencialmente nos últimos anos sendo, por isso, evidente que a satisfação dos utilizadores face aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante indicador de qualidade. De facto, a qualidade e a satisfação não podem ser dissociadas, principalmente quando se fala em cuidados de saúde e facilmente concluímos que a insatisfação conduz a uma reflexão por parte dos órgãos competentes no sentido de potenciar ações corretivas e de melhorar os serviços prestados. Assim, torna-se indispensável conhecer a opinião dos acompanhantes para monitorização do nível de satisfação, que permite planejar, (re)orientar e coordenar as atividades necessárias para ir de encontro às expectativas e necessidades dos mesmos.

Segundo Silva (2007), Silva (2009), Silva (2011), Abrantes (2012), e Silva (2012), o conceito de qualidade tem sido frequentemente operacionalizado com a satisfação deste e tem sido um assunto largamente investigado. No entanto, o mesmo não se passa em relação ao conhecimento do nível de satisfação por parte dos acompanhantes dos doentes adultos utilizadores do SU, motivo este que levou à realização deste trabalho.

A opinião dos utilizadores é indispensável para a prestação de cuidados com qualidade, pois permite-nos identificar determinadas lacunas que poderão ser corrigidas e a pertinência deste estudo justifica-se pela experiência diária ao lidar com os acompanhantes dos doentes adultos do SU, uma vez que é permitida a sua presença junto do familiar e nem sempre se percebe satisfação por parte destes.

Deste modo, esta investigação tem como finalidade possibilitar a implementação de medidas de melhoria contínua ao nível do funcionamento e prestação de serviços de saúde e, como objetivo principal, avaliar o nível de satisfação dos acompanhantes do doente

adulto que recorre ao SU, relativamente à sua perceção sobre os cuidados de saúde prestados.

O método de investigação escolhido para o presente trabalho foi o misto e trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal.

Quanto à estrutura do mesmo, este encontra-se organizado em três partes: a primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, na qual se faz referência à fundamentação teórica desta investigação e a uma breve síntese da literatura, mais especificamente, sobre a qualidade em saúde, satisfação do utente no serviço de saúde, e, por último, o utilizador do SU. A segunda parte é dedicada ao enquadramento metodológico, onde se descreve o método de investigação utilizado, o tipo de estudo, objetivos, variáveis, seleção da amostra, procedimento da recolha de dados, contextualização do Serviço de Urgência onde foi realizado o estudo, referência ao instrumento de colheita de dados e respetivo tratamento dos dados. Na terceira parte, são apresentados os resultados, com a apresentação dos dados descritivos, dos resultados dos testes de hipóteses e as expectativas, críticas e sugestões apontadas pelos participantes e, por fim, a discussão dos mesmos. Por último, são apresentadas as conclusões deste trabalho, as limitações do mesmo e sugestões para investigações futuras.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade em saúde é uma preocupação crescente nos serviços de saúde que tem vindo a inquietar as entidades prestadoras de cuidados, e o motivo da inquietação faz parte do plano estratégico político em Portugal materializado pelos processos de acreditação das instituições (Gomes, 2008). Relacionado com esta problemática, destaca-se a normativa que obrigou à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, o investimento em formação em Qualidade na Saúde, a criação da Direção de Promoção e Garantia da Qualidade da Direção Geral de Saúde, o Instituto Português da Qualidade, e o Instituto da Qualidade em Saúde.

A qualidade pode ser entendida de diversas formas utilizando diferentes terminologias, rótulos e modelos. No entanto, há termos que se podem associar à qualidade, como por exemplo: a excelência, satisfação, conformidade, prontidão, competência, efetividade e aceitabilidade, daí ser complexo definir qualidade. Não existe um consenso sobre como a definir e a falta de um enquadramento sistémico é devido à diversidade da linguagem utilizada para descrever este conceito (Silva, 2013). O seu entendimento é variável e cada um interpreta a qualidade de forma diferente, é um conceito subjetivo que se relaciona com a perceção do indivíduo, englobando várias dimensões, nomeadamente culturais, geográficas, necessidades e expectativas e aplica-se a serviços prestados ou a produtos (Fernandes, 2012).

A qualidade pode ser considerada como um fenómeno cultural, em permanente mutação, que tem como resultados esperados a melhoria da qualidade, tanto das práticas como das políticas de saúde, e pode ser caracterizada pelo equilíbrio dinâmico entre o possível e o desejável (Silva, 2013).

O termo qualidade surge como um paradigma norteador de práticas profissionais, como seguimento das inspirações individuais, ou, numa visão economicista, como uma meta a atingir para quem produz ou fornece, assim como, uma exigência de quem os utiliza ou consome (Gomes, 2008).

Há quem defina qualidade como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe confere competência para satisfazer as necessidades implícitas ou

explícitas dos clientes (Imperatori, 1999). Também é definida como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Gomes, 2008).

A qualidade em saúde não é entendida por todos do mesmo modo. A evolução do seu conceito tem levado a que diversos autores proponham diferentes definições, refletindo cada uma delas na perspectiva e abordagem distinta de conceito que, por si só, não é estático. Deste modo, o conceito de qualidade em saúde envolve um processo dinâmico, ou seja, encontra-se em permanente processo de invenção, de criação e de evolução (Silva, 2011), e aumenta a probabilidade dos serviços de saúde obterem os resultados desejados para indivíduos e populações de acordo com o conhecimento do profissionalismo (Institute of Medicine, 1990).

A qualidade em saúde pode ser definida como prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, implicando cuidados de saúde adequados às necessidades e expectativas do mesmo, e com o desempenho dos intervenientes possível (PNS, 2012).

Apostar na qualidade é apostar num caminho que vai originar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos a todos os níveis e para todos, nomeadamente nos utilizadores, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e no próprio sistema de saúde (Fernandes, 2012).

Como se pode verificar no ponto seguinte, qualidade nos cuidados é um conceito em evolução.

1 - Evolução do conceito de qualidade nos cuidados de saúde

Donabedian (1980) definiu qualidade nos cuidados de saúde como aqueles que se esperam que maximizem a avaliação inclusiva do bem-estar do doente, após considerado o balanço entre perdas e ganhos previstos que fazem parte do processo dos cuidados.

De acordo com a Divisão de Saúde (1997), a qualidade nos cuidados de saúde é fazer as coisas certas, às pessoas certas, no momento certo, fazê-las bem à primeira vez e a baixo custo. De certo modo, esta afirmação vem ao encontro ao que é dito pelo Conselho da Europa (1998), pois refere que qualidade em saúde se entende como a medida em que os tratamentos dispensados aumentam as hipóteses do utente alcançar os resultados desejados e diminuem as hipóteses de ocorrerem resultados indesejados, no que concerne ao estado do conhecimento.

Realça-se que, cada vez mais, os utilizadores dos serviços de saúde são pessoas informadas dos seus direitos, o que leva a uma maior exigência ao nível da qualidade prestada, e segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), a qualidade nos cuidados é o nível de consecução dos objetivos intrínsecos do sistema de saúde para a sua melhoria e consequente resposta às expectativas legítimas da população (Silva, 2013).

A evolução do conceito qualidade em saúde foi adquirindo diferentes dimensões, como se pode confirmar de seguida.

2 - Dimensões da qualidade nos cuidados de saúde

De facto, Gomes (2008), refere que os utilizadores dos serviços de saúde possuem um elevado nível de conhecimento nesta área, como já foi referido, e expressam a necessidade de verem cumpridos os seus direitos, não só como utilizadores do serviço mas enquanto contribuintes. Para este autor, a qualidade tem vindo a generalizar-se como um resultado que as organizações têm que apresentar independentemente da área em que se desenvolvem, pois, caso contrário, põem em risco a sua viabilidade.

Paralelamente, o aumento da complexidade das práticas de saúde, o maior envolvimento dos doentes e das famílias nos cuidados de saúde e a necessidade de uma melhor integração de cuidados são prioridades que estimulam novas competências para os profissionais e gestores, e que exigem maior eficácia e eficiência nas Instituições de Saúde.

Sendo assim, as dimensões eficácia e eficiência estão incluídas nas definições de qualidade dos cuidados (Silva, 2013). Segundo este autor, enquanto a eficácia se refere à produção

dos efeitos desejados a eficiência refere-se ao nível dos objetivos alcançados com a minimização da utilização dos recursos.

Saliente-se que a contribuição da avaliação da qualidade para a eficácia em saúde é inestimável, pois permite identificar as falhas e os erros, possibilita encontrar novas soluções, reestruturar atividades e serviços no sentido de maximizar os recursos disponíveis, de forma a dar resposta completa às necessidades reais em saúde da população (Gomes, 2008).

O Institute of Medicine (2001), descreveu um Serviço de Saúde com qualidade como sendo seguro (os utentes não devem ser lesados em resultado dos cuidados), eficaz (os cuidados devem ser baseados na melhor evidência científica disponível e beneficiar os utentes que os recebam), centrados no utente (os utentes devem ser tratados com respeito, pelas suas preferências individuais, valores e necessidades), atempado (os utentes devem ter acesso aos cuidados que necessitam quando necessitam e sem atrasos), eficiente (os cuidados não devem ser desperdiçados nem duplicados) e equitativo (os cuidados devem ser de elevada qualidade independente do género, etnia, local onde vivem ou estatuto económico).

Como forma de compromisso de qualidade para toda a rede dos Hospitais Públicos Portugueses foi elaborada uma carta de “Compromisso de Qualidade dos Hospitais” que é um símbolo de uma nova atitude organizacional e exprime uma visão de progresso e de futuro, com relevo para a atenção a dar ao utente, como elemento central dos cuidados (Silva, 2013).

Esta carta orienta os seguintes valores e os princípios da Qualidade em Saúde:

1. Primado do utente

O utente deve ser respeitado física, psicológica, social, familiar e emocionalmente, uma vez que ele é o mais importante e a organização, os procedimentos, atenção e ação dos profissionais devem colocá-lo em primeiro lugar;

2. Serviço de Comunidade e Qualidade Ambiental

A rede dos hospitais está ao serviço da comunidade, tanto na defesa e promoção da saúde da população sob a responsabilidade de cada hospital, como na salvaguarda dos recursos colocados à disposição e garantia de cada ato que praticam. Assumem a responsabilidade social e ambiental, de tal modo que se comprometem a manter equilíbrio necessário da envolvente ecológica e a criar condições de trabalho que sejam seguras para os profissionais;

3. Igualdade

O utente é respeitado quanto aos valores e crenças pessoais, pois ninguém será beneficiado ou prejudicado em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, religião, naturalidade, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, condição social ou económica, deficiência ou orientação sexual. É neste sentido que todos os profissionais são formados;

4. Comunicação

Visando a qualidade do serviço, os profissionais procuram comunicar com cada doente da melhor forma possível. Baseiam-se, assim no entendimento e na confiança, dando a conhecer o nome e as funções de cada um dos colaboradores, prestando informação cujo significado possa ser plenamente compreendido, saudando-o pelo seu nome, ouvindo-o sem o interromper e reconhecendo os aspetos individuais;

5. Informação

O hospital presta toda a informação pertinente relacionada com as condições clínicas, de cada doente, respetivos tratamentos e ajuda aquando das tomadas de decisão para que essa mesma seja clara e perceptível;

6. Confidencialidade e Privacidade

Os processos clínicos são confidenciais e só os profissionais têm acesso aos mesmos, caso necessitem para fins de tratamento. Deste modo está garantida a privacidade de cada utente;

7. Humanização

Para além da privacidade de cada utente, é assegurada a sua dignidade e dos seus familiares, com base num ambiente humanizado, confortável, limpo, seguro e que assente na comunicação com os profissionais;

8. Reclamações

É um direito de cada utente a apresentação de reclamações sobre os cuidados recebidos ou o serviço prestado, sem medo de represálias. Ao hospital cabe responder por escrito, e em tempo útil e, se necessário, promover as respetivas correções ou melhorias internas;

9. Acesso e Continuidade de cuidados

Para cada situação de doença é feito um diagnóstico e conseqüente programa de tratamento tendo em conta uma visão integrada de cuidados. Cada utente toma conhecimento atempado desse mesmo tratamento de modo a que o processo não sofra interrupções e que seja apropriado à sua situação dentro e fora da organização. Cada organização tem um processo de admissão de utentes, dando prioridade aos utentes com necessidades, urgentes e imediatas, tanto na sua avaliação como no tratamento;

10. Ética

O Hospital assegura a existência de uma Comissão de Ética com a missão de assegurar o cumprimento dos valores assumidos pelo mesmo.

Tudo isto reflete o quão importante é a melhoria contínua na definição de padrões de qualidade elevados e no desenvolvimento de estratégias que protejam o utente num momento em que este está vulnerável, que tornem as organizações de saúde sustentáveis e seguras e que motivem os seus profissionais a dar o seu melhor. Neste sentido, é fundamental que se estabeleça uma cultura de avaliação e de procura constante da melhoria dos processos, valorizando as sugestões e ideias, mas também as críticas, dos profissionais e utentes, como forma de reconhecer que a qualidade é uma responsabilidade de todos os intervenientes.

3 – Avaliar a qualidade dos cuidados prestados

Para que a qualidade da saúde vá ao encontro das necessidades de cada utente, para além dos valores e princípios mencionados, é necessário avaliar a qualidade da saúde. Como tal, uma organização tem de estar dedicada à mudança e melhoria contínua começando nos seus sistemas internos e movendo-se para os produtos que oferece (Silva, 2013).

Avaliar a qualidade em saúde é importante para saber o que se passa dentro de uma organização, ter uma noção do nível de qualidade em que se está a atuar, e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho (Silva, 2009). Saliente-se que a avaliação é um instrumento capaz de nortear e apreender diversos momentos do processo de cuidados de saúde, possibilitando, assim, compreender melhor os sucessos e insucessos de suas práticas com o objetivo de promover, de forma contínua, a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos com o menor custo financeiro possível (Peterlini e Zagonel, 2003). No entanto, a avaliação da qualidade é um quadro complexo com múltiplas vertentes. A avaliação sustentada da satisfação dos utentes dos serviços de saúde constitui o maior objetivo das organizações de saúde (Gomes, 2008). Assim, tem sido um desafio assumido por todos os intervenientes, desde políticos, gestores, profissionais de saúde até aos utentes, ao preocuparem-se com fatores como: a pressão da sociedade para uma melhor qualidade dos serviços, a necessidade de conhecer o grau de satisfação, a dificuldade de melhorar a qualidade em saúde sem recorrer a mecanismos que a permitem medir e avaliar, as questões económicas e de eficiência, a exigência de responsabilidade social e a ocorrência de situações adversas (Silva, 2009).

No âmbito da oferta de serviços e produtos na área da qualidade, surgem, cada vez mais, novas ideias, novas ferramentas, novas exigências e novas propostas por parte das instituições de saúde procurando, desta forma, ser cada vez mais ajustadas aos interesses da organização. A organização, por outro lado, deve procurar as metodologias adequadas às necessidades dos serviços, nunca esquecendo o envolvimento e a responsabilização de todos os profissionais na garantia da qualidade, implicando uma nova lógica de algum modo corporativista entre os profissionais de saúde, desenvolvendo uma dinâmica no trabalho multidisciplinar (Gomes, 2008).

Deve-se assim assumir a qualidade como valor fundamental através de um forte empenho no desenvolvimento e promoção desta nos serviços de saúde e o envolvimento de todos os intervenientes que trabalham numa organização é fundamental para a construção e implementação de um sistema de qualidade. À equipa multidisciplinar é-lhe atribuída a responsabilidade de garantir a qualidade na instituição de saúde, que consiste na definição de um plano estratégico de cada instituição, no estabelecimento de critérios de avaliação e monitorização desse plano, e na discussão dos progressos e avaliação periódica dos cuidados prestados aos doentes (Gomes, 2008). É importante que as instituições de saúde se centrem nos melhores resultados, que são efetivamente os melhores cuidados de saúde.

Sendo assim, uma estratégia para avaliar a qualidade dos cuidados toma em linha de conta a experiência dos utentes e familiares. As suas opiniões são um importante indicador de qualidade, e uma das formas de saber a sua opinião é através do preenchimento de inquéritos. Estes questionam os utentes acerca da satisfação com os cuidados, a qualidade da comunicação dos prestadores de serviços e a sua capacidade para prestar esses cuidados com rapidez, a forma como foi gerida a doença e se lhes foram dadas instruções para os cuidados a tomar quando deixam o hospital. Os utentes constituem um contributo fundamental para avaliação da qualidade dos cuidados, pois, ao vivenciarem todo o episódio de cuidados, podem, com base nos seus valores, avaliá-lo. Desta forma, tendo por base a perspetiva do utente, a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente, eficaz e humanizada (Silva, 2013).

A melhoria contínua na qualidade da saúde concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objetivos corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação coletiva (Biscaia, 2002). Como tal, a qualidade assenta na estrutura, processo e resultados gerando uma teia complexa entre estes três fatores. A boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado (Donabedian, 1988). Na continuidade do pensamento do autor, a estrutura é definida como os atributos do cenário no qual decorrem os cuidados e os recursos (condições físicas, humanas e organizacionais), necessários para os mesmos; o processo implica a utilização de recursos nos moldes em que são dados e

recebidos os cuidados, ou seja, onde ocorre a dinâmica do cuidado, incluindo métodos de diagnóstico e cuidados prestados; os resultados descrevem os efeitos dos cuidados de saúde no estado de saúde dos doentes e das populações e abrange os resultados finais (Silva, 2013).

Em função disto, torna-se importante transformar a instituição num organismo vivo, que facilmente se adapte às exigências dos utentes, que no seu interior se cultive uma atitude de permanente melhoria e capacidade de mobilizar todos os intervenientes. Neste sentido, as pessoas sentir-se-ão implicadas na própria instituição não só porque participam, mas também porque são ouvidas e partilham os resultados que, com o seu contributo pessoal, ajudam a atingir (Gomes, 2008). Destaca-se, ainda, que denunciar erros na prestação de cuidados de forma construtiva, dar assistência, mobilizando e canalizando os recursos apropriados que conduzam à correção desses erros, colaborar na melhoria da prestação de cuidados, e colaborar na reforma das políticas de saúde são comportamentos de cidadania (Silva, 2007). Por isso se justifica a monitorização e avaliação permanente dos indicadores de qualidade, entre os quais se incluem os da satisfação dos utentes nos serviços de saúde.

CAPÍTULO II – SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Perante um problema ou uma necessidade de saúde, os cidadãos depositam a esperança de que os meios humanos e técnicos das instituições de saúde resolvam o problema. Isto acontece porque o utente interiorizou que essa instituição tem capacidade para satisfazer a sua necessidade. Quanto às instituições de saúde, cujos clientes são os utentes, estas necessitam de entender e saber gerir as expectativas dos seus utilizadores. O objetivo de compreender as expectativas dos utentes é de proporcionar um serviço que atenda a essas expectativas e consequentemente a satisfação do cliente relativamente ao processo de cuidar (Silva, 2009). Na verdade, as expectativas situam-se num plano imaginário, são projetadas no presente para serem satisfeitas no futuro e são um resultado de um processo de informação, de conhecimento, de tomada de consciência (Dionísio et al., 1995).

Existem vários fatores que influenciam as expectativas, quer antes quer durante o processo de cuidados. Antes dos cuidados, pode-se falar em aspetos como idade, género, nível educacional, a cultura, fatores pertencentes ao domínio sociodemográfico, o nível de conhecimentos, o tipo de informações que cada indivíduo tem, experiências anteriores e a perceção que o utente tem da sua doença. Durante o processo no hospital, o utente tem expectativas que podem estar relacionadas com o ambiente físico, comunicação e informação, participação e envolvimento, relações interpessoais entre profissionais e doentes, as competências técnicas e a influência da organização de saúde, quer nos doentes, quer nos profissionais (Gomes, 2008).

Neste domínio, as instituições de saúde têm necessidade de certificar se as pessoas estão ou não satisfeitas com os cuidados que recebem através de uma avaliação contínua. Acrescente-se que antigamente a satisfação não era tão valorizada pois eram raros os serviços de saúde que a procuravam determinar. Porém, as mudanças ligadas à estrutura, à organização e ao funcionamento da saúde, a par da evolução tecnológica, o aumento do consumo dos serviços de saúde e, simultaneamente, o aumento da responsabilização das instituições de saúde levaram à necessidade destas se certificarem se as pessoas estão ou não satisfeitas com os cuidados que recebem (Gomes, 2008).

Como tal, para assegurar a satisfação dos utentes, os gestores necessitam de conhecer as necessidades dos mesmos e as suas expectativas. Mas não só, necessitam também de criar estratégias que satisfaçam o utente e que permitam saber qual imagem que ele tem da instituição através de informação fidedigna (Silva, 2009). Contudo, é difícil definir o conceito de satisfação e podem-se encontrar várias definições e vários níveis de análise (Franco, 2006). Segundo Graça (1999), satisfação é o que a pessoa percebe ou sente daquilo que recebe e avalia se era o que esperava. É uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e perceções e é distinta de um comportamento diretamente observável. E de facto, a satisfação tem vindo a assumir-se como uma medida importante de qualidade dos cuidados de saúde, onde o utente tem um papel fulcral na avaliação dos cuidados a que é submetido.

4 - Satisfação do utente

São diversos os aspetos que podem influenciar o grau de satisfação, nomeadamente as características individuais, experiências anteriores, contexto, expectativas, estilos de vida e valores pessoais, conhecimentos adquiridos e sociais (Silva, 2009). Para Graça (1999), satisfação pode ser medida pela discrepância (E-R) entre expectativas (E) e resultados (R), ou seja, quanto menor for a discrepância (E-R), maior a satisfação (idealmente, E=R); quanto maior a discrepância (E>R), maior será a insatisfação.

Os cuidados de saúde de qualidade maximizam a satisfação dos intervenientes em todo o processo do cuidar e a satisfação do utente opera como um indicador importante da qualidade de atendimento, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas, tornando-se importante avaliar a satisfação do utente (Silva, 2012).

5 - Avaliação da satisfação do utente com os cuidados recebidos

A satisfação com os serviços de saúde tem vindo a afirmar-se como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Pinto, 2013). Sendo a satisfação do utente um fator importante de qualidade do atendimento, é necessário que haja uma avaliação da mesma, pois é através da avaliação que se pode

compreender a diferença entre o previsto e o realizado, identificando as causas e propondo as recomendações (Silva, 2009).

De facto, a avaliação da satisfação do utente deve ser um processo contínuo, sistemático onde deverão estar presente os fins estabelecidos, os meios utilizados, os resultados alcançados, a identificação dos pontos críticos e as propostas das ações de mudança. Ela é útil, pois permite identificar as áreas de atividade onde existem problemas com vista a colmatá-los. Note-se que ela depende dos atributos do serviço prestado e das expectativas dos utentes acerca do mesmo serviço. Realce-se que para satisfazerem as expectativas dos utentes, as organizações precisam não só avaliar junto dos mesmos, como também necessitam de treinar os profissionais para prestarem bons e melhores serviços, de modo a satisfazerem as necessidades destes (Franco 2006). Entende-se a satisfação dos utentes como um importante indicador da qualidade dos cuidados, não só por condições humanas, pois a maior satisfação leva a um maior bem-estar, mas também por questões de ordem económica, pois esse bem-estar reverte-se num melhor equilíbrio do indivíduo mesmo quando portador de doença (Gomes, 2008). Deste modo, os aspetos importantes para a satisfação dos utentes passam pelo respeito pelo utente, a empatia profissional, o envolver o utente e pessoa significativa no processo de o cuidar, o empenho profissional em minimizar nos utentes o impacto negativo causado pela doença, privacidade proporcionada, competência no desempenho, assim como a qualidade dos cuidados (OE, 2005).

Relativamente à avaliação dos cuidados, o utente emite juízos de todo um conjunto de componentes e consequências próprias dos mesmos. Isto significa que o conceito de satisfação assenta numa perspetiva multidimensional, caracterizada por inúmeras variáveis de estrutura, processo e resultados, como já referido, e da mesma forma, envolve um conjunto de várias dimensões e condicionantes próprias.

A opinião dos utentes espelha a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo um indicador importante na monitorização da excelência dos serviços e a avaliação subjetiva da qualidade dos cuidados de saúde, representa a satisfação de uma mistura complexa das necessidades percebidas, das expectativas de cuidados e da experiência de cuidados (Gomes, 2008).

Conhecer a opinião dos utentes é indispensável para a monitorização da qualidade e reorganização dos serviços de saúde. Um utente está satisfeito quando os cuidados vão de encontro às suas necessidades e, isto só é possível se o prestador de cuidados e a instituição tiverem como objetivo principal uma prestação de cuidados de qualidade. A satisfação do utente está diretamente relacionada com a forma como a equipa médica informa o utente e a família acerca do processo da doença, do seu tratamento e se o doente e a família são autorizados a participar nas decisões terapêuticas (Silva, 2013), ou seja, muitos utentes ficam assustados e confusos com a sua doença e com a intervenção médica aplicada. Por vezes não sabem como interpretar as sensações do seu próprio corpo e as ações daqueles em quem confiaram a sua vida. A educação para a saúde é uma forma dos profissionais educarem os utentes sobre o que é ou não é importante em relação à sua condição clínica. Os utentes poderão tornar-se membros ativos da equipa de saúde, diminuindo a sua ansiedade uma vez que podem participar nas decisões terapêuticas. Assim, a sua satisfação em relação ao sistema de cuidados melhora. De facto, esta avaliação deve ser tida como um ato normal e desejável, já que é através dela que se obtêm informações primordiais para planear, (re)orientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade do serviço, indo de encontro às necessidades e expectativas dos utentes. Por outro lado, os utentes dão importância à comunicação, empatia, simpatia, apoio emocional, e sensibilidade manifestada pelo prestador de cuidados. E, se o resultado for a melhoria no estado geral do utente, maior será a satisfação (Silva, 2012).

Pinto (2011) refere que os profissionais de saúde são também excelentes fornecedores de informação e identificadores de falhas de serviço, permitindo ter a perceção de lacunas, que de outra forma seriam vistas como ocorrências isoladas. Assim sendo, a crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde fez com que determinados fatores como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde fossem destacados e relacionados diretamente com o processo de satisfação. Este, enquanto indicador de qualidade, é cada vez mais tido em conta nas instituições de saúde onde a participação do utente tende a ser cada vez mais requisitada e valorizada (Franco, 2006). Refira-se que uma das técnicas mais simples para avaliar a satisfação dos utentes é analisar as suas queixas/reclamações descritas no livro de reclamações, na caixa de sugestões ou no gabinete do utente. A análise destas queixas é importante para determinar

falhas no serviço (Silva, 2009) e, segundo o autor, até há uns tempos atrás muitos dos utentes insatisfeitos não reclamavam, nos últimos anos é que houve um aumento significativo do número de reclamações. O crescimento de entidades protetoras do consumidor e de iniciativas que alertam os utentes para os seus direitos, bem como a comunicação social que desperta os utentes para situações que até há uns tempos atrás eram desvalorizadas ou ignoradas, fazem com que os serviços a nível hospitalar recebam mais reclamações, sendo os SU aqueles que as recebem em maior número (Silva, 2009).

Destaca-se ainda que, a opinião dos utentes tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais, no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde (Gomes, 2008).

Os resultados das investigações referentes à satisfação do utente podem constituir um instrumento concreto e acessível às administrações das instituições de saúde e ao próprio sistema político, rentabilizado como forma de potenciar melhorias efetivas na qualidade dos cuidados de saúde (Gomes, 2008). Razão pela qual o presente estudo tem como finalidade possibilitar a implementação de melhoria ao nível do funcionamento e da prestação de cuidados. Neste sentido, e por questões de acessibilidade e logística, optou-se por um estudo de satisfação num SU, cujo capítulo seguinte apresenta algumas características próprias do SU e fatores influenciadores da satisfação do SU.

CAPÍTULO III – UTILIZADOR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os serviços de saúde têm sofrido consideráveis transformações nos últimos anos, condicionadas pelas alterações nos modelos de gestão e pela reestruturação das redes de referência, particularmente com o aumento da produtividade de alguns hospitais em consequência da criação dos centros hospitalares (Silva, 2012). O atendimento ao doente urgente/emergente tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde (MS) e foi, neste sentido, que surgiu a rede de referência hospitalar com o objetivo de reduzir o tempo médio de acesso e melhorar de forma substancial a equidade territorial e a qualidade de assistência médica.

A Rede de Referência Hospitalar de urgência/emergência entende-se como um sistema através do qual se organizam as relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico entre as Instituições, sustentando num sistema integrado de informação e articulação interinstitucional, garantindo a acessibilidade dos utentes numa lógica integrada e com a máxima rentabilização da capacidade instalada, para a prestação de cuidados de saúde apropriados (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Reorganizar os SU pressupõe a definição da missão do SU que passa pela prestação de cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana (Silva, 2012). Tal como especificado no ponto nº2, artigo nº1, despacho nº11/02. DR I Série nº55 de 6 de Março, os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas situações de urgência e emergência. Entende-se como urgência /emergência uma situação clínica de instalação súbita na qual se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais como se pode verificar no ponto nº2, alínea a) do despacho no 18458/06 DR II Série nº 176 de 12 de Setembro. De acordo com o ponto nº1, do artigo nº2 do despacho nº 10319/2014 DR II Série nº153 de 11 de Agosto, a rede de SU integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a Urgência Polivalente, a Urgência Médico-Cirúrgica e a Urgência Básica. De modo a compreender melhor a lógica de funcionamento do SU é necessário definir o que são situações urgentes e emergentes. Segundo Veloso

(2011), situações de urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto situações de emergência são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, nas quais existe o compromisso de uma ou mais funções vitais.

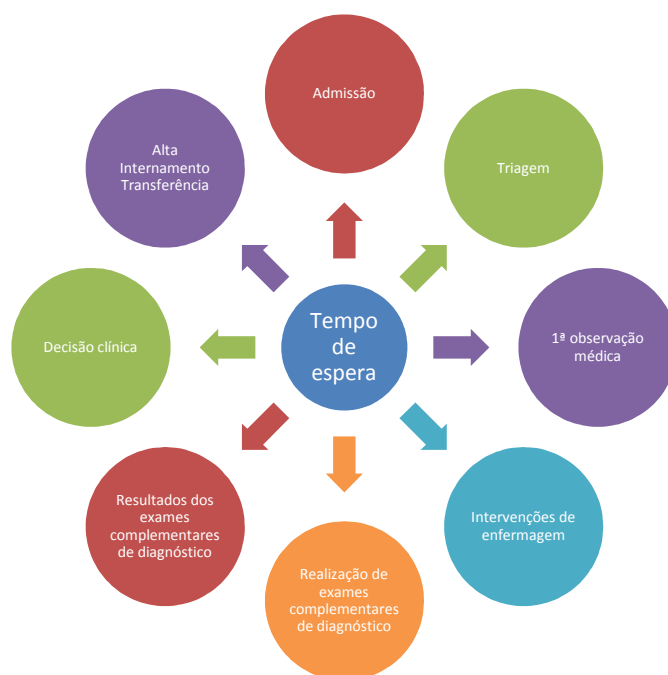
Quando se deslocam aos serviços de urgência, os utentes acarretam consigo uma elevada carga emocional, e encontram por vezes um ambiente e uma organização assustadora. Com regularidade, encontram as salas de espera com muita gente e os princípios da triagem são, geralmente, desconhecidos por eles (Ruben, 2009). Além disto, nos últimos anos, tem vindo a aumentar o número de utentes que utilizam as urgências hospitalares em situações não urgentes, quando estas podem ser resolvidas nos cuidados de saúde primários. Consequentemente provoca uma grande afluência de doentes no SU, resultando em problemas com longos tempos de espera e descontentamento por parte de quem espera (Ruben, 2009). Aliás, estes consideram que, se recorrem às urgências, é porque a situação é grave.

Além disso, o SU tem vindo a caracterizar-se como um local de trabalho assistencial especialmente difícil de se enquadrar nas expectativas esperadas pelos utilizadores e respetivos acompanhantes. O carácter agudo e inesperado dos episódios de urgência é gerador de preocupação e stress, acrescido de uma hipersensibilidade dos utilizadores. Nestas condições torna-se útil saber quais os pontos mais fracos (problemáticos) do SU, aferir com rigor e periodicidade as queixas e sugestões mais frequentes, para implementar medidas de melhoria e correção de problemas identificados (Silva, 2009).

O SU tem um potencial para a geração de conflitos interpessoais diferente de outros serviços assistenciais e transversalmente elevados. Os fatores tempo, volume de trabalho e o momento de especial fragilidade dos utentes e familiares contribuem para uma ocorrência frequente de queixas e reclamações (Silva, 2009).

A organização do SU também obedece a determinados circuitos que impõem ao utente vários tempos de espera, como é representado na figura 1. É de realçar que, se o utente necessitar de ser observado por outra especialidade médica, o tempo de espera ainda poderá agravar-se.

Figura 1 - Representação dos vários tempos de espera a que o utente está sujeito durante a permanência no SU



Veloso (2011) referiu que um SU que fornece informação sobre os possíveis tempos de espera e que tenha em conta o bem-estar dos utentes, vai dando um passo em frente na melhoria da qualidade dos serviços que presta. Concluiu também que, um SU em que os utentes são atendidos rapidamente, é considerado um bom SU. Este serviço é uma unidade do hospital que está vocacionada para o tratamento de situações de urgência e emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica a qualquer hora do dia ou noite. É um serviço polivalente, constituindo o nível diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência. Tem como objetivo primordial a observação, tratamento e encaminhamento de doentes de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (STM), colaborando ativamente na abordagem e tratamento dos doentes emergentes, durante 24 horas por dia.

Após a exposição de algumas características próprias do SU torna-se necessário abordar agentes que possam interferir com os níveis de satisfação dos utentes.

6 - Satisfação do utente com o serviço de urgência

São raros os estudos que incidem sobre a satisfação dos utentes relativamente ao SU. Estes têm como finalidade implementar programas de melhoria e para tal é necessário conhecer fatores influenciadores da satisfação dos utentes.

6.1 - Fatores influenciadores da satisfação dos utentes utilizadores dos serviços de urgência

Geralmente, as dimensões mais importantes que influenciam a satisfação dos utentes com os SU estão relacionadas com a acessibilidade, componente relacional e técnica, tempos de espera, comunicação/informação, triagem, visitas, acompanhantes, comodidade e o bem-estar e a privacidade (Ruben, 2009) e (Silva, 2009). Os fatores que mais influenciam especificamente a satisfação são:

- **O acesso** às unidades de saúde geograficamente acessíveis, a distância e os transportes alternativos;

- **Componente relacional e técnica** – A prestação de serviços de qualidade ao nível do SU está relacionada com a capacidade de empatia do prestador de cuidados para com os utentes (Schwab, 2000). A atenção/assistência que os funcionários têm com os utentes; a disponibilidade que os profissionais têm para com os utentes; a demonstração de preocupação, consideração, simpatia e paciência para com os utentes; a satisfação, orgulho, perfeccionismo e zelo dos profissionais; a demonstração de competência, habilidade e profissionalismo na prestação de cuidados; a cortesia, educação, respeito e interesse ou o modo como o profissional interage com os utentes; a integridade, honestidade, imparcialidade e justiça durante a prestação de cuidados. Todos estes aspetos inerentes ao cuidar resumem-se numa componente relacional e técnica (aplicação da ciência e da tecnologia) e permitem uma maior aproximação e conseqüentemente um maior conhecimento entre os intervenientes nesse processo.

- **Tempos de espera** - Paul (1999), aponta o tempo de espera como o aspeto mais negativo do SU. Os utentes que recorrem ao SU consideram o seu problema suficientemente grave para justificarem a utilização do serviço. Esperam, por isto, serem atendidos o mais rapidamente possível, de forma a resolverem o seu problema.

A espera por um serviço, segundo Veloso (2011), ocorre sempre que o número de pessoas que pretendem um serviço excede o número de pessoas que este consegue atender de imediato. Também refere que ninguém gosta de esperar por um serviço, especialmente se for num SU, pelo facto deste, em muitos casos, ser um serviço público e, como tal, os

utentes sentem-se no direito de reclamar sempre que consideram a espera injusta ou exagerada.

- **Comunicação/informação** - Tendo em conta que os aspetos interpessoais são uma das componentes mais importantes da satisfação, a forma de comunicação/informação por parte do pessoal acaba por ser o principal elemento de perceção da qualidade (Pego, 1998).

A Carta dos Direitos e Deveres do Doente diz que o utente tem o direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e que ao dar a informação não podemos esquecer que esta deve ser clara, evitando designações científicas e incompreensíveis, deve ser abrangente no que se refere ao diagnóstico, provável evolução da doença e tratamentos previstos. A forma de transmitir deve ter em atenção a personalidade do utente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças e o que o utente pode não desejar saber parte ou a totalidade da informação, devendo a sua vontade ser respeitada.

O profissional, ao agir de forma tranquila, procura satisfazer os seus objetivos na relação com o utente, sem ansiedades excessivas, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo valer os seus direitos, sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal. A interação social desenvolve-se com a harmonização entre o comportamento verbal e o não-verbal, estabelecendo-se um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, o que inevitavelmente favorece a dinâmica de relacionamento interpessoal, permitindo ao profissional ser verdadeiramente congruente no seu discurso e nas suas atitudes (Pereira, 2008). Não é só o que se diz, mas o tom de voz, a expressão facial e os gestos de quem fala, que transmite grande parte do significado à pessoa que escuta. A comunicação envolve três conceitos: a equidade, o respeito e os cuidados de saúde. Estes conceitos envolvem o direito que assiste ao utente/acompanhante de serem tratados com respeito, como indivíduos (Parracho, Silva e Pisco, 2005).

Já a comunicação não-verbal, para Agostinho et al (2010), é uma forma não discursiva da linguagem e os seus principais veículos são o corpo, as suas características físicas e os movimentos, o homem, a sua apresentação e adereços, e o espaço, ambiente ou distância física entre os indivíduos. Os códigos que são transmitidos por este tipo de comunicação

são o contacto físico, a proximidade ou proxémia, a orientação, os movimentos da cabeça, a expressão facial, os gestos, a postura, o contacto visual e a prosódia. Estes dois tipos de comunicação, verbal e não-verbal, tendem a surgir acompanhadas, mas poderão ou não ser congruentes entre si.

Nos SU, os familiares sentem necessidade absoluta de encontrar um interlocutor compreensivo e disponível para lhe prestar o apoio de que carecem. É necessário que sejam fornecidas explicações aos acompanhantes sobre o estado do utente, a confirmação de que está a receber cuidados de qualidade e a esperança do seu restabelecimento. Tentar perceber qual a informação que o familiar realmente pretende saber e que capacidade tem para a receber e descodificar. O interlocutor deve falar de forma clara e compreensiva, tentar compreender os seus medos e anseios, e tentar ajudar ao máximo. Nunca se deve julgar atitudes de familiares pois, por vezes, desconhece-se todo o contexto familiar e, ao fazer um juízo da pessoa, não se consegue ser imparcial como se pretende. Os familiares no SU reagem muitas vezes negativamente, não em relação ao meio, nem ao conteúdo, mas sim à forma como às vezes a informação é transmitida. É de salientar que as informações são, não raramente, recebidas pelos familiares nas salas de espera ou nos corredores, onde se encontram outras pessoas, o que implica que uns partilhem das informações de outros, invadindo o carácter de confidencialidade de que se revestem as informações sobre a evolução da pessoa utente.

A informação deve ser dada em local privado e calmo, para que permita ao acompanhante ouvir bem o que se lhe está a ser transmitido e não o iniba de fazer perguntas, com medo de ser escutado por terceiros. Deve-se pôr o familiar perfeitamente à vontade e, se conseguir, o mais confortável possível. A informação deve ser dada para que não levante dúvidas ou mau entendimento do seu conteúdo. É de salientar que também há informação que só poderá ser dada caso o utente assim o autorize (Cândido, 2002).

Se a ansiedade e o natural nervosismo forem atenuados por uma palavra amiga, por uma informação adequada, pelo interesse demonstrado pelo seu estado concreto, pela tentativa de aproximação à sua realidade, o utente, bem como a sua família sentirá que afinal o tal mundo desconhecido não lhe será hostil (Liberado, 2004). É através de uma boa comunicação e da relação de ajuda utente/família que os cuidados são prestados com

qualidade. A doença perturba, frequentemente, o psiquismo e representa a diminuição ou interrupção da capacidade de uma boa relação com os outros. A relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem e a personalização dos mesmos, sendo vista sob uma perspectiva holística e humanística (Parracho, Silva e Pisco, 2005).

- **Triagem** - Em Novembro de 1994, surgiu o *Manchester Triage Group*, que desenvolveu um modelo de triagem que se baseia em 5 níveis, com as respetivas cores correspondentes, relacionados com a gravidade de situação e com o tempo estimado até à observação do médico. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem como objetivo principal identificar os casos mais graves/urgentes e garantir que recebem tratamento prioritário, em detrimento dos casos menos graves que terão, à partida, melhores condições para esperar mais tempo pelo atendimento numa base de ordem de chegada. Assim surge o STM que permite a identificação da prioridade clínica e define o tempo alvo de atendimento recomendado até ao primeiro atendimento médico. Esta metodologia permite também que o utente possa ser reavaliado e reclassificado noutra nível de gravidade, em caso de agravamento da situação clínica. O STM classifica o doente numa das cinco categorias de urgência identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de atendimento:

- 1- emergente – vermelho – 0 minutos
- 2- muito urgente – laranja – 10 minutos
- 3- urgente – amarelo – 60 minutos
- 4- pouco urgente – verde – 120 minutos
- 5- não urgente – azul – 240 minutos

A triagem em Portugal é efetuada pela equipa de enfermagem pelo facto de aplicarem uma linguagem orientada para os sintomas e não para o diagnóstico (Rego, 2010).

Evidencia-se que a maior percentagem de utentes é triada com prioridades amarelas e verdes. Os que têm prioridade verde ou pouco urgente poderiam eventualmente ter ido ao Centro de Saúde. No entanto, dirigem-se ao SU de um hospital, apesar de saberem que terão de esperar mais tempo pelos cuidados, pois têm a vantagem do fácil acesso para realizar a terapêutica e os exames complementares de diagnósticos necessários para a sua situação (Silva, 2012).

- **Comodidade e o bem-estar** - devem ser prioridades no atendimento do SU. Deve ser um espaço social, profissional e de relações interpessoais, acolhedor, humano e focado na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos. Esperar é algo de que ninguém gosta, e esperar de forma desconfortável e num ambiente desagradável, causa mais desconforto. Deve-se proporcionar um ambiente que mantenha a dignidade do ser humano durante a permanência no SU. O ambiente deve ser calmo, sem ruído, sem cheiro, limpo, com temperatura amena, sinalética coerente e de fácil perceção, com *vending machine*, lugares sentados confortáveis e de limpeza fácil, em bom estado de conservação e manutenção, iluminada, de cores claras e suaves. O utilizador do SU espera encontrar um ambiente com qualidade, seguro e confortável.

- **Visitas** - são importantes para o equilíbrio psicossocial e recuperação dos doentes. Entende-se como visita todo aquele que se desloque ao hospital com o objetivo de visitar um doente internado. Elas são as pessoas que são consideradas significativas ao doente, quer sejam familiares ou não.

- **Acompanhante** - Tal como especificado no ponto nº1, do artigo nº2, Lei nº33/2009. DR, I Série Nº134 de 14 de Julho, todo o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada. Entende-se como acompanhante todo aquele que sendo ou não familiar do utente, é por este escolhido para o acompanhar durante o período de permanência no SU, ou na impossibilidade de o escolher é o seu familiar mais próximo, podendo ser substituído.

O desejo de estar com visitas/familiares/pessoas significativas é aumentado quando os doentes se sentem fragilizados e carenciados. Para a maioria dos utentes, a presença de acompanhantes é reconfortante, esperam com ansiedade pela hora da visita e, por outro lado, é frequente também a família mostrar-se disposta a estar com o doente, seja qual for a situação. As necessidades sentidas pelos acompanhantes em estar com o utente têm a ver com o carecimento em verificar a existência de interesse da equipa no utente; verificar a prestação de cuidados adequados; saber da existência da possibilidade de melhoria do seu estado clínico; conhecer o tratamento que lhe está a ser aplicado; se obtêm respostas sinceras por parte dos profissionais às suas dúvidas; ter conhecimento das opções terapêuticas; ter um profissional de referência com quem possa conversar; ser informado

de possíveis transferências; ter alguém que se preocupe com a saúde dos familiares dos utentes; ser informado das alterações do estado do utente; conversar sobre a possibilidade de morte do utente e obter explicações sobre o equipamento a ser usado no doente (Pias, 2008).

- Privacidade - A maior parte dos profissionais preocupa-se com a privacidade do utente, nomeadamente aquando a exposição física. No entanto, em momento de grande afluência a privacidade poderá ser posta em causa, principalmente na informação que o utente/acompanhante dá ao profissional de saúde e vice-versa. No entanto, é da responsabilidade do profissional zelar pelo respeito, proteção e salvaguarda da privacidade do utente (Rodrigues, et al., 2008).

São muitos os aspetos considerados na produção de satisfação ou insatisfação, variando de estudo para estudo, sabendo-se que todas as dimensões são importantes. Cabe a cada instituição ou serviço seleccionar alguns dos aspetos, tendo em conta os seus objetivos ou necessidades de informação, com a finalidade de melhorar as condições de atendimento aos utentes.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO I - METODOLOGIA

Todo o processo de investigação envolve necessariamente uma fase metodológica, ou seja, um momento onde se operacionalizam os processos necessários para alcançar os resultados da investigação e que depende do que se quer explorar. Deste modo, a metodologia é um conjunto de diretrizes que orientam a investigação.

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas, nomeadamente configuram-se com o tipo de estudo, objetivos, hipóteses, variáveis, população e amostra, procedimento de colheita de dados, contextualização do SU em estudo, tratamento de dados e instrumento de colheita.

1 - Tipo de estudo

O método de investigação escolhido para o estudo foi o misto. O trabalho tem uma vertente **quantitativa** pois explica um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, e uma vertente **qualitativa** porque o investigador preocupou-se com uma compreensão do fenómeno (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo **descritivo** cujo objetivo consiste em fornecer uma descrição dos dados, **correlacional** porque permite examinar a associação entre variáveis e a covariação das mesmas, e **transversal**, uma vez que os dados foram recolhidos junto do participante num só momento (Fortin, 2009).

2 - Objetivos do estudo

Esta investigação tem a finalidade de contribuir para a implementação de medidas de melhoria contínuas do funcionamento e dos serviços de saúde prestados.

Assim, definiu-se como objetivo fulcral avaliar o nível de satisfação global, dos acompanhantes do doente adulto que recorre ao SU, relativamente à sua perceção sobre os serviços de saúde prestados.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- ✓ Conhecer a satisfação dos acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU, relativamente aos **aspetos gerais do Hospital** e às **instalações**;

✓ Conhecer a satisfação dos acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU, relativamente à **triagem** (qualidade técnica de quem fez a triagem e prioridade atribuída), **tempo de espera e visitas**;

✓ Conhecer a satisfação dos acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU, quanto à **qualidade técnica dos profissionais do SU**;

✓ Conhecer a satisfação dos acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU, no que concerne às **relações interpessoais dos profissionais do SU**;

✓ Analisar a **influência das variáveis socio demográficas**, nomeadamente a idade, sexo, nível de escolaridade e a situação profissional dos acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU, na satisfação global com os cuidados.

✓ **Conhecer as expectativas, críticas e sugestões dos acompanhantes** dos doentes adultos que recorrem ao SU do Hospital em estudo;

3 – Hipóteses

Testar hipóteses é uma forma de inferir o parâmetro da população associando a este processo um determinado nível de significância, ou seja, os testes de hipóteses visam testar suposições que são efetuadas sobre a população (Marôco, 2011).

As hipóteses sugeridas são:

HIPÓTESE 1 - Espera-se que as características sociodemográficas, tais como idade, sexo, nível de escolaridade e a situação profissional, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

HIPÓTESE 2 - Espera-se que a satisfação com os aspetos gerais do Hospital, o conforto e qualidade das instalações, o respeito pela privacidade, a limpeza e a sinalética, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

HIPÓTESE 3- Espera-se que a satisfação com a triagem (qualidade técnica de quem fez a triagem e a prioridade atribuída), o tempo de espera e as visitas interfiram com a satisfação global dos cuidados.

HIPÓTESE 4 - Espera-se que a satisfação com a qualidade técnica dos profissionais interfira com a satisfação global com os cuidados.

HIPÓTESE 5 - Espera-se que a satisfação com as relações interpessoais interfira com a satisfação global com os cuidados.

4 - Variáveis do estudo

Neste estudo estão presentes a variável dependente, independente e de atributo.

Variável Dependente

Muitas vezes, segundo Fortin (2009) a variável dependente é chamada de variável explicada, isto é, é a que sofre o efeito da variável independente.

Neste estudo é considerada como variável dependente o nível de satisfação global dos cuidados dos acompanhantes de doentes adultos que recorrem ao SU, que será avaliado pelo item 31 do questionário.

Variáveis Independentes

Numa situação de investigação a variável independente é um elemento introduzido e manipulado com vista a exercer um efeito sobre outra variável, ou seja, esta variável é considerada como causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2009).

Como variável independente é considerada a satisfação dos acompanhantes dos doentes adultos que recorrem ao SU, destacando os aspetos gerais do Hospital e instalações, triagem (qualidade técnica de quem fez a triagem e a prioridade atribuída), qualidade técnica dos profissionais, relações interpessoais, tempo de espera e visitas.

Variáveis de Atributo

Para Fortin (2009), são consideradas como variáveis de atributo as características pré-existentes dos participantes. Neste estudo são consideradas como variáveis de atributo as variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, o nível de escolaridade e a situação profissional dos acompanhantes dos doentes adultos que recorrem ao SU.

5 - População e amostra

Na perspetiva de Fortin (2009), população são todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo (Fortin, 2009). Para a seleção da amostra, utilizou-se uma técnica de amostragem não probabilística accidental, isto é, a amostra é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso (Fortin, 2009). O presente estudo incidiu sobre uma amostra de acompanhantes de doentes adultos selecionados com os seguintes critérios de inclusão: estar no serviço de urgência no momento da colheita de dados; saber ler e escrever; aceitar participar no estudo e manifestar disponibilidade para preencher o questionário.

6- Procedimento de recolha de dados

Após a seleção do Hospital e da autorização deste para a realização do estudo, através de respostas positivas aos pedidos efetuados ao Presidente do Concelho de Administração (Apêndice A), e à Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice B), através dos documentos: o questionário (Apêndice C), o termo de responsabilidade do Investigador Principal (Apêndice D) e o termo de responsabilidade do Orientador (Apêndice E), foi formulado um pedido de autorização ao Diretor do SU (Apêndice F) e ao Enfermeiro Chefe do SU (Apêndice G), que também deram um parecer favorável (Anexo A). De seguida, passou-se à seleção dos acompanhantes dos doentes para o estudo, de acordo com os critérios definidos anteriormente. Primeiramente os acompanhantes eram informados dos objetivos e utilidade do estudo, da garantia do anonimato e confidencialidade dos resultados e da possibilidade de a qualquer momento poder de deixar de querer participar no estudo. Após a aceitação em participar no estudo de forma livre e voluntária e depois de assinarem o consentimento informado (Apêndice H) era-lhes entregue o questionário para preencher ao longo da estadia no SU. Esta tarefa de identificar os possíveis elementos da amostra até à entrega dos questionários ficou sob responsabilidade da Equipa de Enfermagem com a colaboração de alguns Assistentes Operacionais e Assistentes de Sala do SU, preparados para tal. A sensibilização e preparação dos enfermeiros e de outros elementos realizou-se num momento formal, no qual foi apresentado o estudo e pedido colaboração para a tarefa

definida anteriormente e para a qual se disponibilizaram vários elementos. Os acompanhantes, depois de preencherem o questionário, devolviam-no ao Enfermeiro da área onde o utente foi atendido ou na secretaria aquando da alta clínica. De seguida, os questionários foram recolhidos pelo investigador. O que decorreu no período entre 12 de fevereiro e 31 de março de 2014.

Após a recolha, os questionários foram primeiramente analisados no sentido de garantir a sua validação em termos de preenchimento e efeitos das não respostas na representatividade do estudo. Num total de 936 questionários entregues aos acompanhantes, 273 foram devolvidos e, destes últimos, 38 foram eliminados por não estarem corretamente preenchidos. Assim, a amostra final ficou constituída por 235 participantes.

7- Contextualização do serviço de urgência em estudo

O SU do Hospital alvo de estudo tem a urgência de adultos separada da urgência pediátrica e encontra-se organizado do seguinte modo: secretariado de admissão e secretariado clínico; área de triagem de prioridades; sala de emergência; Unidade de Cuidados Intermédios Médicos; áreas das vias verdes; Unidade de Decisão Clínica² (área laranja); Unidade de Decisão Clínica¹ (área amarela); área médica; área cirúrgica; área de trauma; área pediátrica; áreas de apoio clínico específico no hospital (fora do espaço físico do SU); áreas de apoio clínico na urgência, como sala de receção de exames, imagiologia, nebulizações e salas de Intervenções de Enfermagem; oftalmologia; otorrinolaringologia; áreas de apoio logístico na urgência, salas de espera para acompanhantes e utentes com prioridade muito urgente a não urgente; direção do serviço e serviço social.

De modo a compreender melhor a lógica de funcionamento deste SU, faz-se uma apresentação organizacional de uma normal e eventual passagem do utente:

O utente recorre ao SU por sua iniciativa, por recomendação de outra pessoa, por orientação do Centro Orientação Doentes Urgentes (112, INEM), consultas externas de especialidade do próprio hospital, transferência inter-hospitalar, centros de saúde ou clínicas privadas.

Quando o utente ou outra pessoa, se o utente não tiver condições para o fazer, chega ao SU dirige-se à secretaria para proceder à respetiva admissão. Na admissão procede-se ao registo do nome completo, data de nascimento, sexo, morada, contacto de familiares ou acompanhantes, Sistema de Saúde a que se encontra afeto ou Seguro de Saúde e o respetivo número. Após o registo, é cobrada uma taxa moderadora e, aquando da alta, procede-se à cobrança dos respetivos exames e tratamentos efetuados. No caso de o utente não pagar no ato, a conta será enviada mais tarde para a sua morada.

Depois da chegada e respetiva inscrição no SU, o estado do paciente é avaliado por um profissional de Enfermagem, procedimento este designado por STM (Sistema de Triagem de Manchester). O STM permite uma rápida identificação de utentes que se encontram em situações que impliquem risco iminente de vida e permitir que estes utentes sejam atendidos primeiro, ou seja, atribuir uma prioridade de atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica. Assim, o STM permite colocar o utente no local e momento certo para receber o nível de cuidados adequados.

Após triagem, o utente é orientado para a respetiva sala de emergência/Unidade Decisão Clínica/trauma/sala de espera, conforme grau de prioridade atribuída, onde aguarda a primeira observação médica.

Posteriormente à observação do estado do utente pelo médico, será previsível um dos seguintes cenários:

- . O utente é medicado e orientado e é-lhe conferida rapidamente alta clínica;
- . O utente irá permanecer para tratamento e observação. Em seguida é reavaliado pelo médico que o observou inicialmente, ou um da mesma especialidade ou de outra, para se proceder à alta, ou para reencaminhar para consultas externas, ou internamento de uma especialidade ou para continuar em observação;
- . O utente pode ser transferido para outras valências do hospital que não haja em permanência no SU.

Quanto à presença de acompanhantes, se o utente se encontra nas salas de espera tem direito a permanecer com um acompanhante, mas se o utente se encontra nas Unidades

Decisão Clínica, estas tem um horário de visita (uma pessoa durante 10 minutos nas horas pares, das 8h às 22h). Normalmente a entrada e saída dos acompanhantes é controlada pelos enfermeiros das respetivas unidades.

8 – Tratamento de dados

Após a recolha total dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico, ou seja, foram analisados através de técnicas ou testes estatísticos, os quais dependem, principalmente, das variáveis em estudo. Há essencialmente dois tipos de procedimentos em estatística, a estatística descritiva e a estatística indutiva ou inferencial. A estatística descritiva tem como objetivo descrever os dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população (Ferreira, 2005). De acordo com Laureano (2013), a estatística inferencial permite, com base nos elementos observados e descritos, retirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram população/universo. Para o tratamento dos dados obtidos recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22, para Windows, onde foi possível introduzir as questões e as respostas referentes às partes distintas e à análise de conteúdo nas respostas às perguntas abertas. Os questionários foram numerados para que as respostas ficassem devidamente identificadas, com o respetivo número do questionário. As respostas “não sabe/não se aplica” foram consideradas como ausentes ou não contabilizadas, com o objetivo de não enviesar resultados.

Deu-se início à análise estatística avaliando a distribuição dos dados de forma a aferir se esta tinha ou não uma distribuição normal. Os testes que se aplicam para verificar a distribuição normal dos dados têm como objetivo orientar o investigador a identificar que teste deverá ser utilizado para testar as hipóteses, ou seja, o investigador utiliza teste paramétrico se a distribuição dos dados for normal mas, se a distribuição de dados não for normal o investigador opta por teste não paramétrico (Marôco, 2011).

O pressuposto de normalidade de distribuição foi analisado com o **Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov** (por estarmos perante uma amostra superior a 50 sujeitos) (Laureano, 2013). De acordo com os resultados obtidos no teste de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que todas as variáveis seguem uma distribuição não normal (Apêndice I), o

que fez com que se utilizassem testes não paramétricos, nomeadamente o teste do Qui-quadrado que permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas, e o teste coeficiente de correlação de Spearman, que permite medir o grau de associação entre as variáveis (Pereira, 2008), tendo sido salvaguardados todos os pressupostos no tratamento dos mesmos.

As respostas às perguntas abertas do questionário foram transcritas de forma precisa com o sentido de permitir ter um conhecimento exato do seu conteúdo. Terminada a transcrição das respostas, confrontou-se com o corpus constituído pelas narrativas dos inquiridos relativos às expectativas (Apêndice I), críticas (Apêndice J) e sugestões (Apêndice K). Com os procedimentos de análise e interpretação da informação, elaboraram-se grelhas de análise, onde constam blocos temáticos, as respetivas categorias e as unidades de registo (frações das narrativas, identificadas com o respetivo número do questionário).

Na estatística inferencial, para verificar a existência de relação entre as variáveis, foram aplicados testes de associação. Para testar hipóteses de associação entre variáveis nominais aplicou-se o teste de Qui-quadrado. Segundo Laureano (2013), o teste Qui-quadrado aplica-se quando se está perante uma variável nominal ou tratada como tal e se pretende verificar se esta segue uma determinada distribuição. No entanto, para testar se existia correlação entre variáveis ordinais aplicou-se o teste Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman, tendo-se trabalhado com dois valores em simultâneo, o valor de ρ de Spearman e o valor de p .

O valor convencional, designado por nível de significância (p), é de 0,01 ou 0,05, ou seja, a hipótese de associação foi rejeitada quando a probabilidade do erro era superior a estes valores de significância.

De forma a facilitar uma melhor organização e compreensão dos resultados, estes foram apresentados em tabelas e gráficos.

9- Instrumento de colheita de dados

Quanto ao instrumento utilizado e tendo em conta os objetivos do estudo foi aplicado o questionário de avaliação da satisfação dos acompanhantes baseado no modelo Sistema de

Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes, QMETRICS (Serviços de Consultadoria, Gestão e Avaliação da Qualidade e da Satisfação, SA).

Inicialmente aplicou-se o questionário a um grupo de 10 pessoas de modo a testar a sua aplicabilidade no sentido de se identificar alguma dificuldade que pudesse surgir com o seu preenchimento por parte dos acompanhantes e, ainda verificar a consistência da escala. O resultado da aplicação do teste do questionário implicou pequenas correções no português o que permitiu melhor explicação no seu preenchimento, nomeadamente: no cabeçalho do questionário em que estava escrito “não há respostas boas ou más” tendo sido substituído por “não há respostas certas nem erradas”; o termo “analfabeto” substituído por “não sabe ler ou escrever”; o “grau de gravidade” atribuída ao doente por “cor atribuída”; a explicação para o preenchimento da grelha do questionário que se encontrava na parte I passou para a parte II, onde se encontrava a própria grelha;

Estrutura do questionário

O questionário aplicado é composto por três partes:

PARTE I

Uma primeira parte, de caracterização geral dos acompanhantes, do tempo que esperou até à triagem, a cor atribuída, tempo que demorou desde a triagem à primeira observação médica e exames que o doente efetuou, como consta na tabela 1.

Tabela 1 - Componentes da parte I do questionário

Características Sociodemográficas	Idade
	Sexo
	Nível de Escolaridade
	Situação Profissional
	Grau de Relação com o Doente
Motivo da ida à urgência	Doença/Acidente/Outro
A cor atribuída	Vermelha/Laranja/Amarela/Verde/Azul
Tempo de Espera	Triagem
	A primeira consulta médica
Exames realizados pelo doente	Rx/TAC/RMN/Ecografia/Análises/ECG

PARTE II

A segunda parte do questionário é constituída por 40 itens e dividida por 7 subcategorias (aspetos gerais do hospital, tempo de espera, qualidade técnica dos profissionais, relações interpessoais, triagem, visitas e instalações) como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Componentes da parte II do questionário

DIMENSÃO	INDICADOR	Nº de ITENS	ITENS
Aspetos gerais do hospital	Imagem; Acesso; Serviço Prestado; Globalidade; Expectativas	5	1; 2; 31; 32; 33
Tempo de Espera	Para ser atendido na receção; Triagem Realizar exames/tratamentos; Conhecer os resultados dos exames/tratamentos	4	3; 8; 24; 25
Qualidade Técnica dos Profissionais	Competência/Profissionalismo Informação/Esclarecimentos Globalidade	15	5;6;7;12;13;14; 15;16;18;19;20 22;23;27;28
Relações interpessoais	Simpatia/Cortesia; Disponibilidade; Atenção	5	4;11;17;21;26
Triagem	Prioridade atribuída; Competência/profissionalismo	2	9; 10
Visitas	Horário; Facilidade de acesso ao doente	2	29; 30
Instalações	Conforto; Qualidade; Respeito pela privacidade; Limpeza; Sinalética	7	34; 35; 36; 37; 38; 39; 40

A dimensão **Aspetos gerais do Hospital** composta por 5 itens, explora as linhas dos temas sobre satisfação dos aspetos gerais como a imagem do hospital, facilidade de acesso, satisfação global com o hospital e com os serviços globais prestados e a satisfação com as expectativas; a dimensão **Qualidade Técnica dos Profissionais**, que contempla 15 itens, avalia a satisfação dos inquiridos em relação ao desempenho dos funcionários da receção/secretaria, dos médicos, dos enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros funcionários (da manutenção, auxiliares, limpeza e segurança); a dimensão **Relações Interpessoal**, contendo 5 itens, avalia a satisfação dos inquiridos relativamente à simpatia/cortesia, disponibilidade e atenção demonstrada pelos profissionais de saúde. Quanto à dimensão **Triagem**, da qual fazem parte 2 itens, analisa a satisfação da competência do enfermeiro que realizou a triagem e a satisfação da prioridade atribuída; relativamente à dimensão **Tempo de espera**, que contém 4 itens, esta avalia a satisfação do

tempo de espera para a admissão, para a triagem, e para realizar e conhecer resultados de exames/tratamentos; a dimensão **Visitas**, composta por 2 itens, a satisfação com o horário das visitas e com a facilidade de acesso ao doente por parte dos familiares e por último, a dimensão **Instalações**, que integra 7 itens que explora o conforto, a qualidade, a limpeza, a privacidade e a sinalética.

Estas questões permitem medir e comparar a satisfação global nas áreas fundamentais acima descritas, bem como cruzar estes resultados com as características sociodemográficas dos acompanhantes de doentes que recorrem ao SU. Nesta parte II é solicitada a avaliação detalhada da satisfação com os aspetos específicos, dentro de cada uma das áreas de funcionamento de avaliação. Desta forma, procura-se perceber quais os aspetos concretos relativamente aos quais os acompanhantes têm maior ou menor satisfação, permitindo identificar áreas de intervenção na melhoria do funcionamento do SU.

Parte III

Uma terceira e última parte, constata-se pela análise à tabela 3 que avalia o grau de lealdade com a instituição, ou seja, se em caso de necessidade de novo episódio de urgência regressariam ao Hospital ou se o recomendariam a familiar/amigo. Permite, também, aos participantes exporem as suas expectativas relativamente ao SU do Hospital em estudo e a possibilidade de tecerem comentários adicionais como críticas e sugestões.

Tabela 3 - Componentes da parte III do questionário

Lealdade para com o hospital	Probabilidade em voltar Probabilidade em recomendar
Informação adicional	Expectativas Críticas Sugestões

Cotação

Os itens são respondidos de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “muito insatisfeito/péssima”, 2 a “insatisfeito/má”, 3 a “satisfeito/boa”, 4 a “muito satisfeito/muito boa” e 5 corresponde a “não sabe/não se aplica”. Assim a soma das respostas 1 (muito insatisfeito) e 2 (insatisfeito) indica o número de participantes insatisfeitos com cuidados prestados, enquanto a soma das respostas 3 (satisfeito) e 4 (muito satisfeito) designa o número de participantes satisfeitos com os cuidados prestados.

Instrumento

Uma vez que não foi possível o conhecimento das características psicométricas da versão original do questionário “Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes”, (QMETRICS), são apresentadas as características psicométricas do instrumento.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna do questionário foi calculado o coeficiente da alfa de Cronbach para a escala global e para cada subescala (tabelas 4 a 10). Os resultados de alfa de Cronbach indicam uma boa consistência interna quer a nível global (alfa igual a 0,954), quer nas subescalas que o constituem, com a exceção da subescala “Tempos de espera”. Assim, os valores encontrados para a subescala *Aspetos Gerais do Hospital*, alfa igual a 0,796; para a subescala os *Tempos de Espera*, alfa igual a 0,660; para a subescala *Qualidade Técnica dos Profissionais*, alfa igual 0,914; para a subescala *Relações interpessoais*, alfa igual a 0,738; para a subescala *Triagem*, alfa igual a 0,771; para a subescala *Visitas*, alfa igual a 0,875; e para a subescala *Instalações*, alfa igual a 0,876.

Aspetos Gerais do Hospital

A dimensão “*Aspetos Gerais do Hospital*” (tabela 4) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha = 0,796$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,29$ e $r=0,74$. Realça-se o facto do item 31 corresponder à satisfação global dos cuidados prestados.

Tabela 4 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Aspetos Gerais do Hospital

Alpha de Cronbach: 0,796 (5 itens); Media: 15,23; dp: 2,046; (N=218)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	12,16	2,734	,615	,744
ITEM 02	12,18	3,235	,289	,847
ITEM 31	12,12	2,782	,655	,733
ITEM 32	12,17	2,655	,741	,706
ITEM 33	12,29	2,676	,638	,736

Tempos de Espera

A dimensão “*Tempos de Espera*” (tabela 5) apresenta um Alpha de Cronbach (=0,660).

Tabela 5 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Tempos de Espera

Alpha de Cronbach: 0,660; (4 itens); Media: 11,71; dp: 2,034; (N=205)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 03	8,63	2,607	,471	,574
ITEM 08	8,48	2,604	,477	,570
ITEM 24	8,73	2,619	,502	,556
ITEM 25	9,30	2,534	,343	,675

Relações Interpessoais

A dimensão “*Relações Interpessoais*” (tabela 6) apresenta um bom Alpha de Cronbach (=0,738) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,37$ e $r=0,62$.

Tabela 6 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Relações Interpessoais

Alpha de Cronbach: 0,738; (5 itens); Média: 16,22; dp: 2,027; (N=180)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 04	12,98	2,698	,604	,654
ITEM 11	13,06	2,599	,449	,723
ITEM 17	12,75	2,901	,509	,690
ITEM 21	13,00	2,749	,621	,651
ITEM 26	13,10	3,037	,365	,741

Qualidade Técnica dos Profissionais

Tabela 7 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Qualidade Técnica dos profissionais

Alpha de Cronbach: 0,914; (15 itens); Média: 48,00; dp: 5,592; (N=156)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 05	44,76	27,047	,676	,906
ITEM 06	44,82	27,503	,633	,908
ITEM 07	44,79	27,816	,641	,908
ITEM 12	44,92	26,156	,656	,907
ITEM 13	44,83	26,256	,689	,906
ITEM 14	45,01	26,387	,632	,908
ITEM 15	44,99	26,510	,677	,906
ITEM 16	44,91	26,302	,700	,905
ITEM 18	44,65	27,944	,562	,910
ITEM 19	44,50	28,213	,528	,911
ITEM 20	44,55	27,720	,630	,908
ITEM 22	44,77	28,330	,537	,911
ITEM 23	44,76	28,063	,587	,909
ITEM 27	44,82	28,432	,555	,910
ITEM 28	44,86	28,530	,542	,911

A dimensão “*Qualidade Técnica dos Profissionais*” (tabela 7) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0,914$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,53$ e $r=0,70$.

Triagem

A dimensão “*Triagem*” (tabela 8), apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0,771$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,63$ e $r=0,63$.

Tabela 8 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Triagem

Alpha de Cronbach: 0,771; (2 itens); Media: 6,366; dp: 1,230; (N=221)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 09	3,02	,531	,634	
ITEM 10	3,34	,399	,634	

Visitas

A dimensão “*Visitas*” (tabela 9), apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0,875$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,78$ e $r=0,78$.

Tabela 9 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Visitas

Alpha de Cronbach: 0,875; (2 itens); Media: 5,810; dp: 1,230; (N=148)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item iliminado
ITEM 29	2,94	,405	,779	
ITEM 30	2,86	,363	,779	

Instalações

A dimensão “*Instalações*” (tabela 10), apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0,876$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,55$ e $r=0,78$.

Tabela 10 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário – Dimensão Instalações

Alpha de Cronbach: 0,876; (7 itens); Media: 21,78; dp: 3,177; (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 34	18,67	7,567	,566	,872
ITEM 35	18,60	7,617	,651	,859
ITEM 36	18,74	7,644	,637	,861
ITEM 37	18,55	7,823	,723	,853
ITEM 38	18,57	7,553	,780	,845
ITEM 39	18,67	7,278	,768	,844
ITEM 40	18,90	7,525	,553	,875

PARTE III

RESULTADOS

CAPÍTULO I – RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados descritivos, os resultados dos testes das hipóteses e posteriormente a análise de conteúdo das questões abertas.

Para facilitar a organização e apresentação dos dados e obter a máxima clareza e objetividade, estes são apresentados de acordo com as questões que constituem o questionário. A informação foi organizada em termos de distribuição de frequências absolutas (N) e percentuais (%). Ao longo do trabalho, quando se refere à satisfação, os valores apresentados resultam da soma da % do satisfeito/bom com o muito satisfeito/muito bom e quando se refere à insatisfação, os valores apresentados resultam da soma do insatisfeito/mau com o muito insatisfeito/péssimo.

1 - Resultados descritivos

A apresentação dos resultados começa pela caracterização da amostra através das variáveis sociodemográficas. A amostra é constituída por 235 participantes (N=235) e pela análise à tabela 11 verifica-se que a maior parte dos participantes são do sexo feminino, 148 (63,0%), e em número mais reduzido do sexo masculino, 87 (37,0%). A idade foi organizada por grupos etários, para simplificar a apresentação dos dados, e varia entre os 19 e os 75 anos com uma média de 42,3 anos sendo que o grupo etário que aparece com mais frequência 25,5% (60) corresponde à idade entre os 36 e os 45. Constatou-se que a maioria dos elementos do sexo masculino (9,4%) pertence ao grupo entre os 46-55 anos de idade, enquanto no sexo feminino a maioria dos elementos pertence ao grupo etário dos 36-45 anos, com 18,7% dos inquiridos.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a idade em função do sexo dos acompanhantes de doentes adultos

			Idade						Total
			17-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	
Sexo	Masculino	N	13	17	16	22	15	4	87
		% do total	5,5%	7,2%	6,8%	9,4%	6,4%	1,7%	37,0%
	Feminino	N	16	33	44	25	21	9	148
		% do total	6,8%	14,0%	18,7%	10,6%	8,9%	3,8%	63,0%
Total		N	29	50	60	47	36	13	235
		% do total	12,3%	21,3%	25,5%	20,0%	15,3%	5,5%	100,0%

Do total dos participantes é possível verificar pelo gráfico 1 que 40,0%, (94) possuem um nível de escolaridade secundário/profissional e 38,3%, (90) acompanhantes apresentam um nível de escolaridade superior. De referir que não são observados casos de analfabetismo.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o Nível de escolaridade dos acompanhantes dos doentes adultos



No que se refere à situação profissional, no gráfico 2, constata-se que a maioria, 66,4% (156), exercem atividade profissional, sendo que 51,5% (121) trabalha por conta de outrem e 14,9% (35) trabalha por conta própria.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional dos acompanhantes de doentes adultos



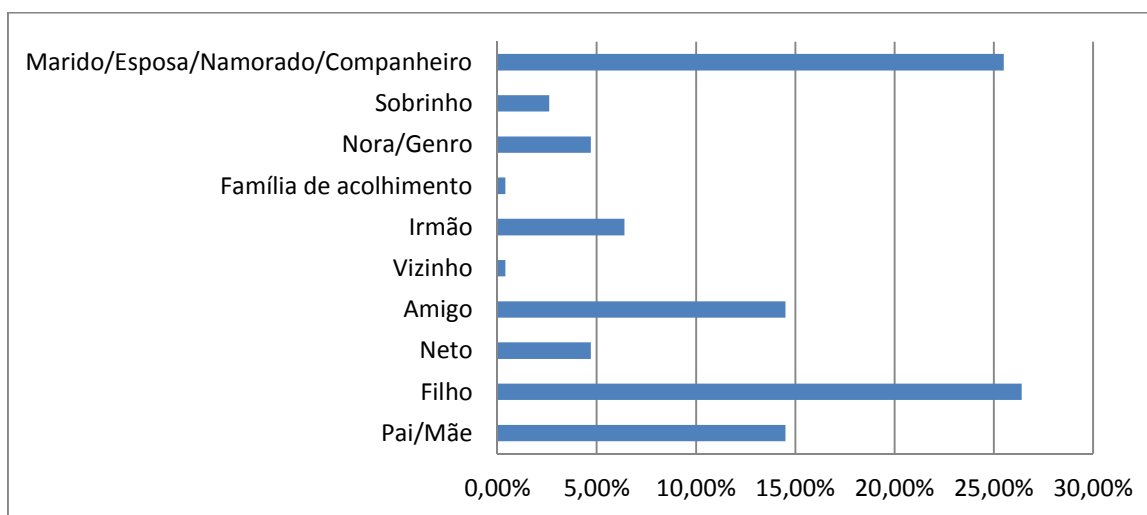
Relativamente ao motivo de deslocação do doente que o inquirido acompanhava, constata-se pela análise do gráfico 3 que 71,9% (169) se deslocou ao SU por motivo de doença, 27,2% (64) por motivo de acidente e 0,9%, (2) por motivo de gravidez.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por motivo de deslocação do doente que é acompanhado ao SU



Quanto ao grau de relação do acompanhante para com o doente, pelo gráfico 4 verifica-se que 26,4% (62) da amostra é filho, 25,5% (60) é marido/esposa/namorado/companheiro, 14,5% (34) pai/mãe e amigo com igual percentagem.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o grau de relação do acompanhante para com o doente



Quanto ao tempo de espera até serem chamados para a triagem, pela tabela 12 constata-se que as respostas dos participantes apontam para uma espera de 0 até mais de 30 minutos, em que a maioria (48,5%) esperou de 0 a 5 minutos; 22,6% dos inquiridos esperou de 6 a 10 minutos; 10,6% esperou entre 11 a 15 minutos para ser atendido; 6,8% esperou de 16 a

21 minutos; 7,2% esperou de 26 a 30 minutos e 4,3% esperou mais de 30 minutos. É de referir que pela análise da tabela não são observados casos que esperaram entre 21-25 minutos.

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera até ser chamado para a triagem

Tempo de espera	N	%
0-5 minutos	114	48,5%
6-10 minutos	53	22,6%
11-15 minutos	25	10,6%
16-20 minutos	16	6,8%
21-25 minutos	0	0,0%
26-30 minutos	17	7,2%
+ 30 minutos	10	4,3%
Total	235	100,0%

Pela análise ao gráfico 5, constata-se que a maioria, 66,4% (156) dos doentes acompanhados pelos inquiridos, lhe foi atribuída uma prioridade traduzida na cor amarela, seguindo-se com 17,4% (41) com a prioridade traduzida na cor laranja. É de referir que pela análise do gráfico não são observados casos com prioridade traduzida na cor azul.

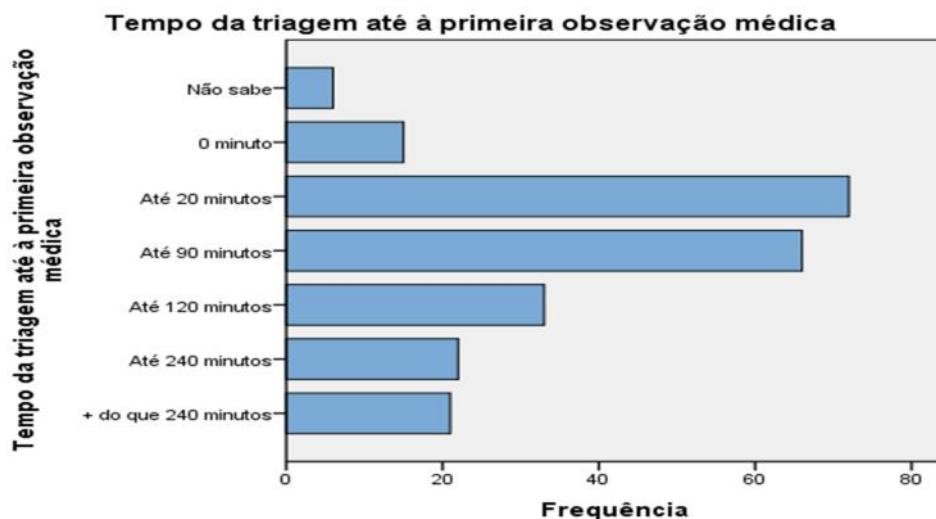
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a cor da prioridade atribuída ao doente que o inquirido acompanhava



Depois de passar pela triagem, o tempo que o doente esperou pela primeira observação médica, verifica-se pela análise do gráfico 6 que foi de 0 a mais do que 240 minutos. Verifica-se ainda que 30,6% (72) dos acompanhantes refere que os doentes esperaram até

20 minutos desde a triagem até à primeira observação médica, e 28,1% (66) esperaram até 90 minutos.

Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera desde a triagem até à primeira observação médica



Pela análise da tabela 13, conclui-se que os exames de diagnóstico/tratamento mais efetuados pelos doentes acompanhados pelos participantes foi radiografia com uma percentagem de 66,8%, seguindo-se as análises ao sangue/urina, com 65,5%. Constatam-se ainda que não foram observados casos com necessidade de realizar outro tipo de exames para além dos apresentados, e houve casos que realizaram mais do que um exame.

Tabela 13 - Distribuição da amostra relativamente à realização de exames de diagnóstico/tratamento

EXAMES	N
Radiografia	157
TAC	53
Ressonância	3
Ecografia	32
Análises sangue/urina	154
ECG	85
TOTAL	484

Ao avaliar a satisfação dos acompanhantes com os aspetos gerais do Hospital, verifica-se pela análise da tabela 14, que no que diz respeito à **satisfação global com os cuidados prestados**, esta, na sua maioria, 86,4% avaliou como positiva, referindo estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a mesma e 6,9% avaliou os aspetos gerais do hospital de forma negativa. No que respeita à satisfação global com o hospital verifica-se que 89,4% dos inquiridos ficou satisfeito ou muito satisfeito enquanto 7,7% atribuiu uma avaliação negativa; relativamente à imagem que os acompanhantes têm do Hospital, constata-se que 87,6% considerou-a boa ou muito boa e 11% péssima ou muito má; relativamente à satisfação comparada com as expectativas constata-se que 80% da amostra considerou-a positiva e 17,5% negativa; quanto à facilidade de acessos às instalações verifica-se que 88,1% dos acompanhantes considerou-a boa ou muito boa e 11,5% péssima ou má.

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com os aspetos gerais do SU

Aspetos gerais do SU	Péssima		Má/		Boa/		Muito		Não sabe		Total	
	Muito		Insatisf.		Satisfeito		Boa/Mto		Não aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A satisfação global dos cuidados	2	0,9	14	6,0	164	69,8	41	17,4	14	6,0	235	100
A imagem que tem do hospital	1	0,4	25	10,6	165	70,2	41	17,4	3	1,3	235	100
A facilidade de acessos às instalações	3	1,3	24	10,2	160	68,1	47	20,0	1	0,4	235	100
A satisfação global com o hospital	3	1,3	15	6,4	175	74,5	35	14,9	7	3,0	235	100
A satisfação comparada com expectativas	3	1,3	38	16,2	161	68,5	27	11,5	6	2,6	235	100

No que concerne à avaliação da satisfação dos acompanhantes relativamente ao desempenho dos funcionários da receção/secretaria constata-se, pela análise da tabela 15 é possível observar que 94,5% dos inquiridos avaliaram de forma positiva e 3,8% de forma negativa a qualidade global no atendimento; 94,1% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 4,3% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a competência e profissionalismo dos mesmos; 88,5% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 5,5% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a qualidade dos esclarecimentos e da informação prestada por estes; 94,1% dos acompanhantes avaliaram de forma positiva e 5,1% de forma negativa a simpatia e disponibilidade destes profissionais; e 86,3% dos acompanhantes

ficaram satisfeitos ou muito insatisfeitos, e 12,4% insatisfeitos ou muito insatisfeitos quanto ao tempo de espera até ser atendido na receção.

Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos funcionários da receção/secretaria

Desempenho dos funcionários da receção/secretaria	Muito Insatisf.		Insatisf.		Satisfeito		Muito Satisf		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	O tempo de espera até ser atendido	7	3,0	22	9,4	139	59,1	64	27,2	3	1,3	235
A simpatia e disponibilidade	1	0,4	11	4,7	151	64,3	70	29,8	2	0,9	23	100,0
A competência e profissionalismo	2	0,9	8	3,4	155	66,0	66	28,1	4	1,7	235	100,0
A qualidade dos esclarecimentos e da informação prestada	1	0,4	12	5,1	152	64,7	56	23,8	14	6,0	235	100,0
A qualidade global do atendimento	0	0,0	9	3,8	165	70,2	57	24,3	41,7	235	100,0

Também houve interesse em conhecer a satisfação dos acompanhantes quanto à triagem. Assim, pela análise da tabela 16 verifica-se que 87,7% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 11,1% insatisfeito ou muito insatisfeito o tempo de espera até ser atendido na triagem; 75,4% dos inquiridos manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, e 20% insatisfeito ou muito insatisfeitos com a prioridade atribuída; 91,1% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 7,2% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a competência e profissionalismo do enfermeiro que fez a triagem.

Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com a triagem

Triagem	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	O tempo de espera até ser atendido	7	3,0	19	8,1	121	51,5	86	36,6	2	0,9	235
A competência e profissionalismo do enfermeiro que fez a triagem	1	0,4	16	6,8	113	48,1	101	43,0	4	1,7	235	100
Prioridade atribuída	6	2,6	41	17,4	120	51,1	57	24,3	11	4,7	235	100

Ao avaliar a satisfação dos acompanhantes com o desempenho médico, é possível verificar pela análise da tabela 17 que 85,2% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 12,4% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a qualidade global do desempenho médico; 79,1% dos inquiridos avaliaram de forma positiva e 14% de forma negativa a informação fornecida sobre cuidados e práticas a seguir; 87,2% manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos e 9,3% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a competência e profissionalismo do médico; 87,2% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, e 10,7% insatisfeito ou muito insatisfeito com a atenção e disponibilidade demonstrada pelos médicos e 80,9% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 16,2% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a forma como o médico explicou a condição do doente, e 75,8% avaliaram de forma positiva e 17,1% de forma negativa as explicações dadas pelo médico sobre medicamentos prescritos e exames a realizar.

Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho médico

Desempenho médico	Muito Insatisf.		Insatisf.		Satisfeito		Muito Satisf.		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	A atenção e disponibilidade demonstrada	7	3,0	18	7,7	130	55,3	75	31,9	5	2,	23
A forma como explicou a condição de utente	8	3,4	30	12,8	124	52,8	66	28,1	7	3,0	235	100
A competência e profissionalismo	5	2,1	17	7,2	133	56,6	72	30,6	8	3,4	235	100
As explicações dadas pelo médico sobre medicamentos prescritos e exames a realizar	5	2,1	37	15,0	124	52,8	54	23,0	15	6,4	235	100
A informação fornecida sobre cuidados e práticas a seguir	5	2,1	28	11,9	141	60,0	45	19,1	16	6,8	235	100
A qualidade global do desempenho	6	2,6	23	9,8	143	60,9	57	24,3	6	2,6	235	100

Quanto à satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos enfermeiros, ao analisar a tabela 18, constata-se que 95,4% mostraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, e 0,4% insatisfeito com a qualidade global do desempenho dos enfermeiros, 94,9% estão satisfeitos ou muito satisfeitos, 0,4% insatisfeitos no que concerne à competência e profissionalismo destes; 94% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeito, e 1,7% insatisfeitos com a simpatia/cortesia e disponibilidade dos enfermeiros; 90,2% acompanhantes revelaram-se de forma positiva e 3,8% de forma negativa com a rapidez de

resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade; Constatam-se ainda que os acompanhantes não classificaram nenhum dos itens avaliados como muito insatisfeito.

Tabela 18 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes relativamente ao desempenho dos enfermeiros

Desempenho dos enfermeiros	Muito Insatisfeit.		Insatisfeit.		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	A simpatia/cortesia e disponibilidade	0	0,0	4	1,7	111	47,2	110	46,8	10	4,3	235
A rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade	0	0,0	9	3,8	134	57,0	78	33,2	14	6,0	235	100
A competência e profissionalismo	0	0,0	1	0,4	115	48,9	108	46,0	11	4,7	235	100
A qualidade global do desempenho	0	0,0	1	0,4	124	52,8	100	42,6	10	4,3	235	100

Quanto à satisfação dos acompanhantes com o desempenho de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,...), ao analisar a tabela 19 verifica-se que 86% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, 2,1% insatisfeitos com o desempenho global destes profissionais; 85,6% avaliaram de forma positiva e 2,1% de forma negativa a competência e profissionalismo dos mesmos; verifica-se ainda que 85,5% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 3,8% insatisfeitos com a simpatia e disponibilidade destes profissionais, e não classificaram nenhum dos itens avaliados como muito insatisfeito.

Tabela 19 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho de outros profissionais

Desempenho de outros profissionais	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	A simpatia e disponibilidade	0	0,0	9	3,8	142	60,4	59	25,1	25	10,6	235
A competência e profissionalismo	0	0,0	5	2,1	148	63,0	53	22,6	29	12,3	235	100
O desempenho global	0	0,0	5	2,1	148	63,0	54	23,0	28	11,9	235	100

Ao avaliar a satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e a satisfação com tempo de espera para a realização e conhecimento dos resultados de exames/tratamentos constata-se, pela análise da tabela 20, que 82,9% dos acompanhantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos, e 2,6% insatisfeitos com o

desempenho global dos técnicos de diagnóstico e terapêutica; 79,1% manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, e 2,6% insatisfeito com a competência e profissionalismo destes profissionais; 74,9% mostrou-se satisfeito ou muito satisfeito, e 8,5% insatisfeito com a simpatia e disponibilidade destes técnicos e não classificaram nenhum dos itens referentes à satisfação do desempenho destes profissionais como muito insatisfeito. Relativamente à satisfação com o tempo de espera para realização de exames, 74,4% revelou ter ficado satisfeito ou muito satisfeito, e 18,3% insatisfeito ou muito insatisfeito; 43,4% avaliou de forma positiva, e 46% de forma negativa a satisfação com o tempo de espera para conhecer resultados de exames/tratamentos.

Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o desempenho dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e com o tempo de espera para realizar e saber o resultado de exames

Desempenho dos técnicos de diagnóstico e terapêutica/ Tempo de espera para realizar e saber resultados	Muito Insatisf.		Insatisf.		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A simpatia e disponibilidade	0	0,0	20	8,5	132	56,2	44	18,7	39	16,6	235	100
A competência e profissionalismo	0	0,0	6	2,6	145	61,7	41	17,4	43	18,3	235	100
O desempenho global	0	0,0	8	3,4	162	68,9	33	14,0	32	13,6	235	100
O tempo de espera para a realização de exames/tratamento	6	2,6	37	15,7	134	57,0	41	17,4	17	7,2	235	100
O tempo de espera para saber o resultado de exames/tratamento	31	13,2	77	32,8	86	36,6	16	6,8	25	10,6	235	100

Ao avaliar a satisfação dos acompanhantes com o horário de visitas e facilidade de acesso, pela análise da tabela 21 verifica-se que 69,4% dos acompanhantes considera ter ficado satisfeito ou muito satisfeito, e 13,7% insatisfeito ou muito insatisfeito relativamente à facilidade de acesso por parte dos familiares mais próximos e 48,5% dos acompanhantes ficou satisfeito ou muito satisfeito, e 14,5% insatisfeito ou muito insatisfeito com o horário das visitas.

Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo a satisfação dos acompanhantes com o horário das visitas e facilidade de acesso ao doente no SU

Visitas	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não sabe/ Não aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O horário das visitas	2	0,9	32	13,6	98	41,7	16	6,8	87	37,0	235	100
A facilidade de acesso ao doente	2	0,9	30	12,8	114	48,5	49	20,9	40	17,0	235	100

Ao avaliar a satisfação dos acompanhantes com as instalações, constata-se pela análise da tabela 22, que 95,4% dos inquiridos avaliaram como boa ou muito boa, e 3% como péssima ou má a limpeza das salas de espera; 85,1% ficou satisfeito ou muito satisfeito, 11,5% insatisfeito ou muito insatisfeito, relativamente ao respeito pela privacidade dos utentes; 94,5% mostrou-se satisfeito ou muito satisfeito, 3% insatisfeito ou muito insatisfeito com a limpeza do local da consulta; 90,2% avaliou de forma positiva e 8,9% de forma negativa a qualidade das instalações; 74,1% avaliou de forma positiva e 24,2% de forma negativa a sinalética para acessos; 82,1% classificou como bom ou muito bom, e 17% péssimo ou mau o conforto das instalações e 77,0% revelou de forma positiva e 12,8% de forma negativa a limpeza das instalações sanitárias.

Tabela 22 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação dos acompanhantes com as instalações

Instalações	Péssima		Má/		Boa/		Mto boa		Não sabe		Total	
	Muito		Insatisf.		Satisf.		Muito		Não aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O conforto das instalações	1	0,4	39	16,6	131	55,7	62	26,4	2	0,9	235	100
A qualidade das instalações (ambiente físico – luz, ruído, climatização, espaço e decoração)	1	0,4	20	8,5	149	63,4	63	26,8	2	0,9	235	100
Respeito pela privacidade nos locais de consulta, exames e/ou tratamentos	4	1,7	23	9,8	158	67,2	42	17,9	8	3,4	235	100
A limpeza do local da consulta	0	0,0	7	3,0	156	66,4	66	28,1	6	2,6	235	100
A limpeza das salas de espera	2	0,9	5	2,1	163	69,4	61	26,0	4	1,7	235	100
A limpeza das instalações sanitárias	0	0,0	30	12,8	130	55,3	51	21,7	24	10,2	235	100
A sinalética existente para acessos	5	2,1	52	22,1	136	57,9	38	16,2	4	1,7	235	100

Ao avaliar as respostas às questões “em caso de necessidade recorreriam de novo àquela urgência?”, ou mesmo se a “recomendariam a outra pessoa?”, é possível verificar na tabela 23, que 86,0% da amostra voltaria àquele Hospital, e 79,6% aconselharia aquele SU a um amigo/familiar.

Tabela 23 - Distribuição da amostra relativamente a voltar ao Hospital ou recomendar a familiar/amigo

Probabilidade de voltar ou recomendar	Sim		Não		Não sabe		Talvez		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Probabilidade de voltar a escolher o Hospital	202	86,0	7	3,0	12	5,1	14	6,0	235	100
Probabilidade de recomendar o Hospital a um amigo/familiar	187	79,6	8	3,4	14	6,0	26	11,1	235	100

2 - Resultados dos testes de hipóteses

Após apresentação e análise descritiva dos dados obtidos, passa-se à fase em que as hipóteses de investigação formuladas são testadas. Como já foi referido, não foram contabilizadas as respostas “não sabe ou não se aplica”. Os testes foram efetuados no *software* de análise estatística SPSS Statistics v.22; IBM SPSS. O valor convencional, designado por nível de significância (p), foi de 0,05 ou 0,01, ou seja, a hipótese de associação foi rejeitada quando a probabilidade do erro fosse superior a estes valores de significância.

HIPÓTESE 1

Espera-se que as características sociodemográficas interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Para testar esta hipótese, dado que sexo e situação profissional são variáveis nominais e a satisfação é uma variável ordinal (por estar apresentada por ordem, em que muito insatisfeito=1; insatisfeito=2; satisfeito=3; muito satisfeito=4), e segundo Laureano (2013), uma associação de uma variável nominal com uma ordinal pode ser tratada como nominal aplica-se então, o teste Qui-quadrado (Q^2).

Tabela 24 - Resultados do teste Q^2 para a associação entre sexo e situação profissional, e a satisfação global dos cuidados prestados

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	Q^2	P
Sexo	,163*	,983
Situação profissional	8,717*	,727

Pela análise da tabela 24 conclui-se, então, que o sexo e a situação profissional dos inquiridos não interferem com a sua perceção relativamente à satisfação global com os cuidados prestados aos seus acompanhados.

Para verificar se existia associação entre a idade e as habilitações literárias, e a satisfação global dos cuidados prestados, aplicou-se o teste de associação, Coeficiente de Correlação de Spearman, por se tratar de variáveis ordinais.

Após análise do resultado do teste de associação entre a idade e a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados, conclui-se pela análise à tabela 25 que a idade não interfere com a satisfação dos inquiridos relativamente à sua perceção sobre os cuidados recebidos pelos seus acompanhados.

Tabela 25 – Resultados dos testes de R. de Spearman entre idade e habilitações literárias e a satisfação

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	R de Spearman	p
Idade	-0,098*	0,148
Habilitações literárias	0,014*	0,834

Quanto à associação entre as habilitações literárias e a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados, pela análise da tabela 25, verifica-se que as habilitações literárias não interferem com a satisfação global dos acompanhantes relativamente aos cuidados recebidos.

Sendo assim, e, uma vez que nenhum dos resultados é significativo, conclui-se que as características sociodemográficas, nomeadamente a idade, sexo, nível de escolaridade e situação profissional dos inquiridos não interferem com a satisfação global dos acompanhantes dos doentes adultos que recorrem ao SU, com os cuidados prestados.

HIPÓTESE 2 - Espera-se que a satisfação com os aspetos gerais do Hospital e com conforto e qualidade das instalações, o respeito pela privacidade, a limpeza e a sinalética, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Para verificar a associação entre os aspetos gerais do Hospital, conforto e qualidade das instalações, respeito pela privacidade, limpeza e sinalética, e a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados, aplicou-se, o teste de associação, Coeficiente de Correlação de Spearman, por se tratar de variáveis ordinais.

Ao analisar a tabela 26, conclui-se que os aspetos gerais do Hospital interferem de forma positiva com a satisfação global dos cuidados, ou seja, quanto mais satisfeitos estão os acompanhantes com os aspetos gerais do hospital, nomeadamente com a imagem do hospital, facilidade de acesso, satisfação global com o hospital e a satisfação comparada com as expectativas, mais satisfeitos se apresentam com os cuidados globais.

Tabela 26 – Resultados dos testes entre a satisfação dos aspetos gerais do Hospital e a satisfação global com os cuidados prestados

Variáveis	Satisfação dos acompanhantes com os cuidados prestados	
	R de Spearman	P
A satisfação com a imagem do hospital	0,447*	0,000
A satisfação com a facilidade de acesso	0,195*	0,004
A satisfação global com o hospital	0,754*	0,000
A satisfação comparada com as expectativas	0,587*	0,000

*p< 0,01

Examinando a tabela 27, verifica-se que existe associação positiva significativa entre a satisfação do conforto e da qualidade das instalações, respeito pela privacidade, limpeza, sinalética e a perceção da satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados. Ou seja, quanto maior for a satisfação com estas variáveis, maior é a satisfação global com os cuidados prestados.

Tabela 27 – Resultados dos testes de associação entre a satisfação e conforto e qualidade das instalações; o respeito pela privacidade; a sinalética; e limpeza, e a satisfação global dos cuidados prestados

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	R de Spearman	P
O conforto das instalações	0,284*	0,000
A qualidade das instalações	0,317*	0,000
O respeito pela privacidade	0,345*	0,000
A limpeza do local da consulta	0,322*	0,000
A limpeza das salas de espera	0,304*	0,000
A limpeza das instalações sanitárias	0,305*	0,000
A sinalética existente para acessos	0,175*	0,009

*p< 0,01

HIPÓTESE 3- Espera-se que a satisfação com a triagem, o tempo de espera e as visitas, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Para se verificar a associação entre a triagem, tempo de espera e visitas, e a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados, utilizou-se o teste de associação, Coeficiente de Correlação de Spearman, por se tratarem de variáveis ordinais.

Observando a tabela 28, constata-se que existe associação positiva entre a satisfação com a triagem, os tempos de espera e as visitas, e a satisfação global de cuidados, ou seja, os acompanhantes quanto mais satisfeitos estão com estas variáveis mais satisfeitos se apresentam com os cuidados globais prestados. Verifica-se ainda, uma associação negativa entre o tempo de espera para o atendimento na triagem, e a satisfação global dos cuidados, ou seja, quanto menos tempo esperam para serem atendidos na triagem, mais satisfeitos se apresentam com os cuidados globais. No entanto, o mesmo se verifica no tempo de espera até primeira observação médica, em que os dados foram introduzidos na base de dados na forma descendente, ou seja quanto menos espera mais satisfeito fica. Constata-se, também, que não existe associação negativa significativa entre a prioridade atribuída e a satisfação global dos cuidados prestados.

Tabela 28 – Resultados dos testes entre a satisfação com a triagem, o tempo de espera e o sistema de visitas e a satisfação global dos cuidados prestados

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	R de Spearman	P
A competência e profissionalismo do enfermeiro que fez a triagem	0,412*	0,000
A prioridade atribuída	-0,96*	0,153
Satisfação com o tempo de espera até ser atendido na receção	0,369*	0,000
Satisfação com o tempo de espera até ser atendido na triagem	0,348*	0,000
O tempo de espera até ser atendido na triagem	-0,183*	0,008
O tempo de espera até primeira observação médica	0,374*	0,000
Satisfação com o tempo de espera para realização de exames/tratamentos	0,373*	0,000
Satisfação com o tempo de espera para saber resultados de exames/tratamentos	0,257*	0,000
Horário das visitas	0,309*	0,000
A facilidade de acesso ao doente	0,444*	0,000

*p< 0,01

HIPÓTESE 4 - Espera-se que a satisfação com a qualidade técnica dos profissionais interfira com a satisfação global com os cuidados.

Para se verificar a associação entre a qualidade técnica dos profissionais e a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados, utilizou-se o teste de associação, Coeficiente de Correlação de Spearman, por se tratarem de variáveis ordinais.

Analisando a tabela 29, conclui-se que existe associação positiva entre a satisfação dos acompanhantes e a qualidade técnica dos profissionais e a satisfação global dos cuidados, ou seja, quanto mais satisfeitos estão os acompanhantes com a qualidade técnica dos profissionais, mais satisfeitos se apresentam com os cuidados globais prestados.

Tabela 29 – Resultados dos testes entre a satisfação da qualidade técnica dos profissionais e a satisfação global dos cuidados prestados

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	R de Spearman	P
A competência e profissionalismo dos funcionários da receção/secretaria	0,358*	0,000
A qualidade dos esclarecimentos e da informação prestada pelos funcionários da receção/secretaria	0,302*	0,000
A qualidade global do atendimento na receção/secretaria	0,317*	0,000
A forma como explicou a condição do utente	0,516*	0,000
A competência e profissionalismo do médico	0,508*	0,000
As explicações dadas pelo médico sobre medicamentos prescritos e exames a realizar	0,510*	0,000
A informação fornecida sobre cuidados e práticas a seguir	0,515*	0,000
A qualidade global do desempenho do médico	0,518*	0,000
A rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade	0,355*	0,000
A competência e profissionalismo dos enfermeiros	0,352*	0,000
A qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem deixou-me	0,412*	0,000
A competência e profissionalismo de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..)	0,359*	0,000
O desempenho global de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..)	0,393*	0,000
A competência e profissionalismo dos técnicos de diagnóstico e terapêutica	0,468*	0,000
A qualidade global dos serviços prestados na realização dos exames/tratamentos	0,519*	0,000

*p< 0,01

HIPÓTESE 5 - Espera-se que a satisfação das relações interpessoais interfira com a satisfação global com os cuidados.

Para se verificar a associação entre as relações interpessoais e a satisfação dos acompanhantes com os cuidados prestados, utilizou-se o teste de associação, Coeficiente de Correlação de Spearman, por se tratar de variáveis ordinais.

Pela análise da tabela 30, averigua-se que existe associação positiva entre a satisfação dos acompanhantes e as relações interpessoais e a satisfação global dos cuidados, ou seja, quanto mais satisfeitos estão os acompanhantes com as relações interpessoais mais satisfeitos se apresentam com os cuidados globais prestados no SU.

Tabela 30 – Resultados dos testes entre a satisfação com as relações interpessoais e a satisfação global dos cuidados prestados

Variáveis	Satisfação global dos cuidados prestados	
	R de Spearman	P
A simpatia e disponibilidade dos funcionários da receção/secretaria	0,402*	0,000
A atenção e disponibilidade demonstrada pelo médico	0,551*	0,000
A simpatia/cortesia e disponibilidade dos enfermeiros	0,355*	0,000
A simpatia e disponibilidade de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..)	0,490*	0,000
A simpatia e disponibilidade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica	0,334*	0,000

*p< 0,01

3- Expectativas, críticas e sugestões dos utilizadores do serviço de urgência

Para ir ao encontro do objetivo: conhecer as expectativas, críticas e sugestões dos acompanhantes dos doentes adultos que recorrem ao SU do hospital em estudo, no questionário, foi possibilitada através de perguntas abertas, a oportunidade de apresentarem as suas expectativas, críticas e sugestões para a melhoria desse SU. É de referir que foram observados casos que apresentaram mais do que uma sugestão, crítica e/ou expectativa relativa ao SU do Hospital em estudo.

Após análise das **Expectativas** apresentadas pelos acompanhantes e, de forma a facilitar a análise de dados, estas foram agrupadas num bloco temático: **Atendimento**, com as seguintes categorias: rápido; excelência; utente bem tratado; simpatia dos profissionais;

profissionalismo; eficácia; informação ao doente/acompanhante. Ou seja, de uma forma generalizada os acompanhantes esperam que o atendimento seja rápido, de excelência, com profissionalismo e simpatia por parte dos profissionais. Esperam, igualmente, que sejam bem tratados no atendimento, com eficácia e que o utente e o seu acompanhante sejam devidamente informados (figura 2 e Apêndice J).

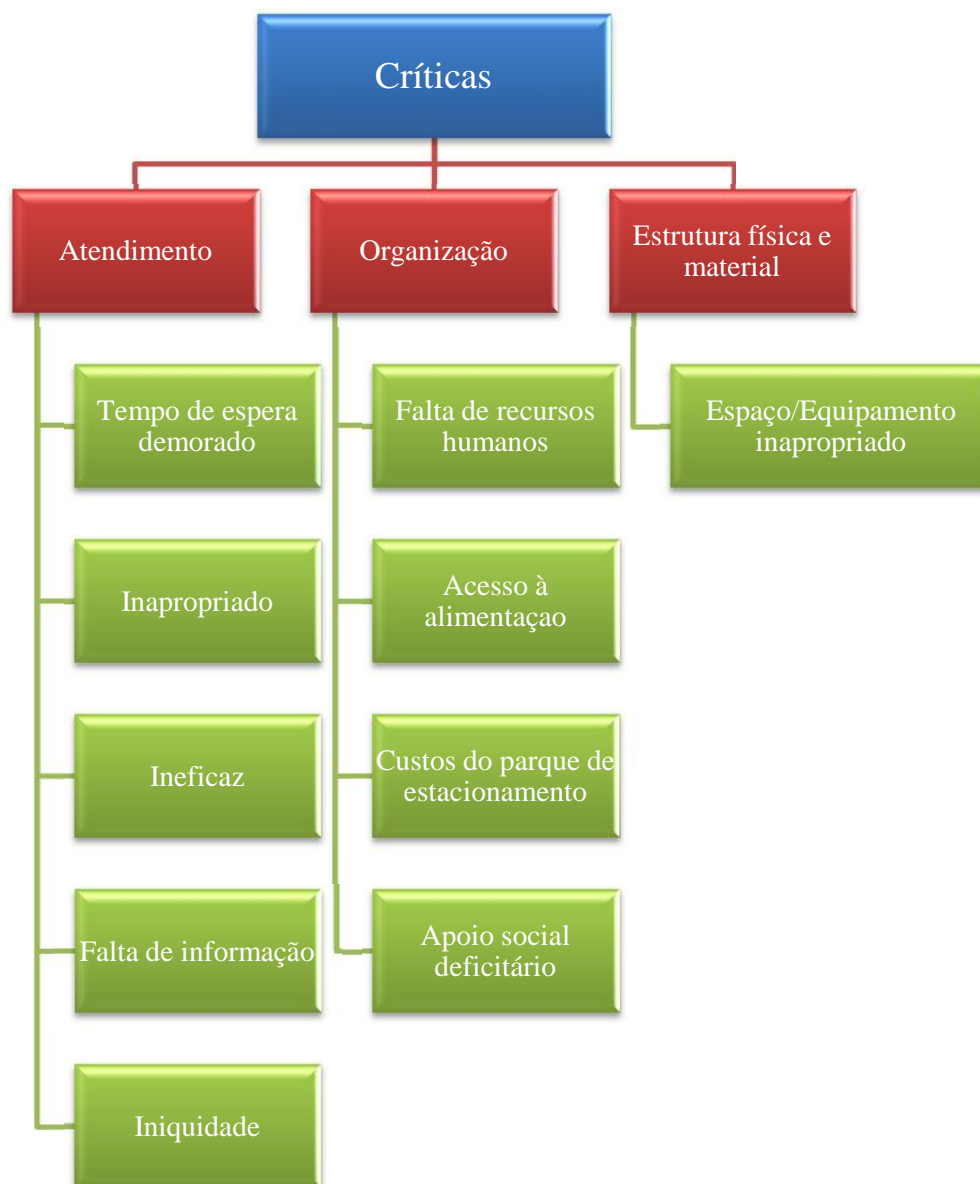
Figura 2 - Expectativas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao SU



Neste estudo foram analisadas as **Críticas** negativas visto que a finalidade do trabalho é implementar medidas de melhoria. Assim, os inquiridos alertaram para alguns pontos importantes que é necessário melhorar, referenciados na figura 3 e Apêndice K onde se constata que as críticas foram agrupadas em vários blocos temáticos e respetivas categorias nomeadamente:

- . **Atendimento**, que contempla o tempo de espera demorado; inapropriado; ineficaz; falta de informação; iniquidade.
- . **Organização**, que contempla a falta de recursos humanos; o acesso à alimentação; custos do parque de estacionamento; apoio social deficitário.
- . **Estrutura física e material** – que contempla o espaço/equipamento inapropriado.

Figura 3 - Críticas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao SU



Resumindo, os inquiridos referem que é elevado o tempo de espera, desde a triagem até ao atendimento médico, para a realização e conhecimento resultados dos exames/tratamentos; a informação/comunicação aos utilizadores é inadequada; alguns profissionais não respeitam o princípio da equidade; os inquiridos apercebem-se da escassez de recursos humanos e falta de formação dos profissionais a nível pessoal e profissional; aludem falta de manutenção e organização do equipamento, sinalética para acessos ineficaz, e os utentes

estão demasiado tempo sem comer são queixas também apontadas pelos inquiridos; As taxas do parque de estacionamento são consideradas inapropriadas.

Apesar dos dados recolhidos refletirem uma avaliação maioritariamente positiva, é conveniente não descurar as **Sugestões** que alguns inquiridos registaram nos seus inquéritos com o intuito de melhorar alguns pontos referidos. Assim, para melhor análise de resultados, as sugestões foram agrupadas nos blocos temáticos e nas suas categorias referidas abaixo:

Como se pode verificar na figura 4 e Apêndice L, das sugestões apresentadas, no que diz respeito ao atendimento, os inquiridos sugerem diminuir os tempos de espera e melhorar a informação/comunicação com os seus utilizadores. No que respeita à organização, sugerem aumentar os recursos humanos e melhorar o atendimento/desempenho dos profissionais. Relativamente à alimentação, propõem que o serviço disponibilize água e comida. Outra sugestão que os inquiridos apontaram está relacionada com o parque de estacionamento, que este seja sem cobrança ou, então, que tenha preços simbólicos, e eventualmente ter Via Verde. Quanto à estrutura física e material, os inquiridos sugerem otimizar espaços, sinalética e equipamentos, ter acesso à internet e a jornais atualizados.

Figura 4 - Sugestões dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao SU



CAPÍTULO II - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha, tratamento e análise dos dados, obtiveram-se resultados que importa discutir e confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte a estudos de natureza semelhante. Assim, pretende-se refletir acerca dos dados empíricos mais evidentes a fim de os compreender e de tentar estabelecer uma relação com as conceptualizações teóricas.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a amostra era maioritariamente constituída por acompanhantes do sexo feminino, 63,0%, com idades compreendidas entre os 17 anos e os 75 anos de idade. Na amostra, 40,0% dos acompanhantes tinham um nível de escolaridade secundário/profissional, seguido de 38,3% com um nível superior, e 0% de casos de analfabetismo. No que diz respeito à situação profissional, 66,4% da amostra apresentava atividade profissional, sendo que 51,5% eram trabalhadores por conta de outrem. A maioria dos doentes que os inquiridos acompanhavam, 66,4%, foi-lhe atribuída uma prioridade urgente seguida de 17,4%, com prioridade muito urgente.

Em termos gerais, as características da amostra foram ao encontro da realidade portuguesa, em que a percentagem de mulheres inquiridas é sempre superior à dos homens, assim como, o nível de instrução encontrado neste estudo vai ao encontro à estatística do Instituto Nacional de Estatística (2011).

Os dados sobre a prioridade atribuída não estão em consonância com os estudos de Teixeira (2010), Gomes (2008), e Silva et al (2007), nos quais a maioria dos doentes tiveram prioridade amarela seguida de verde. No entanto, o presente estudo foi ao encontro de Teixeira (2010), tendo verificado que desde 2007, a prioridade laranja tem vindo a aumentar.

Para uma melhor organização da discussão, e melhor interpretação dos resultados obtidos, esta foi estruturada tendo por base as hipóteses de investigação e posteriormente a questão das expectativas, críticas e sugestões.

HIPÓTESE 1 - Espera-se que as características sociodemográficas interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Após realização dos testes estatísticos inferiu-se que a percepção da satisfação global dos acompanhantes, com os cuidados prestados não estava relacionada com a idade, sexo, nível de escolaridade, situação profissional dos inquiridos. Estes resultados contradizem o verificado por Alves (2007), que constatou que a maioria das variáveis sociodemográficas influenciava a satisfação dos utentes. No entanto, por outro lado, Pinto (2011) e Abrantes (2009) encontraram, no seu estudo, a existência de relação entre a idade e a satisfação dos utentes, sendo que as pessoas com mais idade eram as mais satisfeitas. Também Soufi et al. (2010) referiram que as características sociodemográficas podiam influenciar a satisfação.

HIPÓTESE 2 - Espera-se que a satisfação com os aspetos gerais do Hospital, com o conforto e qualidade das instalações, com o respeito pela privacidade, a sinalética e com a limpeza, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Pela análise dos dados do presente estudo, verifica-se que quanto maior é a satisfação do conforto e qualidade das instalações, do respeito pela privacidade, a sinalética e a limpeza, maior é a satisfação global dos acompanhantes com os cuidados prestados. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Silva (2007), em que os inquiridos avaliaram como aceitável/suficiente o ambiente físico e a qualidade das instalações em geral. No estudo de Pinto (2011), verificou-se que a maior parte dos inquiridos se manifestou satisfeito com a qualidade das instalações, considerada como boa, assim como, foi visível a sinalética para acessos.

HIPÓTESE 3- Espera-se que a satisfação com a triagem, o tempo de espera e as visitas, interfiram com a satisfação global dos cuidados.

Após resultado do teste concluiu-se que a prioridade atribuída na triagem não interferiu com a satisfação global dos cuidados prestados. Estes resultados contrariam os valores encontrados no estudo de Silva (2012), tendo este autor verificado que os utentes com prioridade de cor verde e azul ficaram mais insatisfeitos. No entanto, Perez et al. (2009), tal como no nosso estudo, não encontraram diferenças significativas nas médias de satisfação de acordo com a gravidade da emergência. Também, Rego (2010) referiu que

um sistema de triagem eficiente aumenta a satisfação dos utentes, reduz a ansiedade e diminui o tempo de espera nos SU.

Neste estudo, concluiu-se ainda que a prioridade atribuída na triagem interferiu com a satisfação dos cuidados globais. Isto vai de encontro ao estudo efetuado por Silva (2009), tendo concluído que os tempos de espera para a primeira observação médica apresentaram um desvio, não marcado, do tempo que é preconizado pela prioridade atribuída.

Verificou-se, neste estudo, que existe uma associação positiva significativa entre o tempo de espera e a satisfação global, ou seja, quanto maior é a satisfação com os tempos de espera, maior é a satisfação global com os cuidados prestados. Este resultado vai ao encontro dos resultados encontrados por Perez et al. (2009), Abrantes (2009), e Alves (2007), que inferiram que à medida que aumentava o tempo de espera, diminuía a satisfação dos utentes. Também Novo (2010) refere que tempos de espera considerados longos pelo utente conduziram à insatisfação. Rego (2010) acrescenta que o acesso quase imediato a um profissional de saúde, assim que o doente entra no SU, aumenta a satisfação dos doentes e melhora o relacionamento entre estes e os profissionais que os atendem. O autor acrescenta ainda que a variável tempo foi um indicador importante no que respeita à construção pessoal e social da imagem do serviço.

Chegou-se também à conclusão que o tempo de espera para conhecer os resultados de exames influencia a perceção de satisfação global dos cuidados prestados. Este resultado vai ao encontro do estudo efetuado por Silva et al. (2007) tendo concluído que o tempo de espera para conhecer os resultados dos exames deve ser melhorado, uma vez que reuniu uma apreciação pouco positiva sobre a satisfação com o mesmo.

Apurou-se que entre o tempo de espera para a triagem e a satisfação global dos cuidados, há uma associação negativa estatisticamente significativa, ou seja, quanto mais tempo esperaram os utentes para a triagem, menor foi a satisfação com o tempo de espera até ser atendido na triagem. Este resultado contraria o encontrado por Frank et al. (2005), tendo concluído que este fator não foi indutor de níveis de insatisfação elevados. No entanto, tal como neste estudo, Silva (2012) verificou que existia uma relação estatisticamente significativa no tempo de espera, inferindo que quando este aumentava a satisfação dos utentes diminuía.

No entanto, pelos resultados dos testes verificou-se ainda que não existe associação negativa significativa entre o tempo de espera desde a triagem até à primeira observação médica e a satisfação global dos cuidados prestados. Este resultado não vai ao encontro do referido por Silva (2012), que afirmou nos seus resultados, que os utentes que menos esperaram pela consulta foram os que avaliaram o desempenho médico em muito bom.

HIPÓTESE 4 – Espera-se que a satisfação com a qualidade técnica dos profissionais interfira com a satisfação global com os cuidados.

Pelos resultados dos testes confirmou-se que quanto maior a satisfação com o desempenho global dos profissionais, maior a satisfação dos acompanhantes com os cuidados prestados. Tal como no nosso estudo, Pinto (2011) e Silva (2007) confirmaram que quanto maior é a satisfação da competência e o profissionalismo dos profissionais maior é a satisfação dos acompanhantes com os cuidados prestados. Pinto (2011) refere ainda que quando a competência e o profissionalismo dos profissionais foi classificada como boa encontraram elevados níveis de satisfação com os serviços prestados.

HIPÓTESE 5 - Espera-se que as relações interpessoais interfiram com a satisfação global com os cuidados.

No estudo encontrou-se uma associação entre a simpatia e disponibilidade dos profissionais e a satisfação dos acompanhantes com os cuidados prestados. Este resultado vai de encontro do estudo efetuado por Silva (2012) que mencionou existirem aspetos a melhorar em diferentes dimensões do cuidar holístico com ênfase na humanização e na sua relação enfermeiro/utente, tendo realçado as competências relacionais (características pessoais dos enfermeiros como o respeito, a simpatia e a humanização) bem como as competências técnico-cognitivas e éticas (qualidade na ação, preocupação, interesse e respeito pela privacidade). Também Monteiro (2000) refere que a cortesia, o respeito e a gentileza foram bastante valorizados pelos utentes, traduzindo uma má qualidade dos serviços, caso não fossem percecionados.

Quais as expectativas, críticas e sugestões dos acompanhantes de doentes que recorrem ao SU, relativamente à instituição em estudo?

Após a análise das mesmas concluiu-se que os acompanhantes dos doentes que recorrem ao SU esperam um atendimento rápido, de excelência, com profissionalismo, simpatia dos profissionais, que o utente seja atendido com qualidade e com eficácia e que o utente e seu acompanhante sejam informados. Também Silva (2009) no seu estudo, referiu que perante um problema de saúde, os cidadãos depositam a esperança nos meios humanos e técnicos, das instituições de saúde, para que resolvam o problema. Por outro lado, Rodrigues (2009), no seu trabalho de investigação, aponta que a maioria dos doentes do SU pretende prontidão, cortesia, compaixão, privacidade e informação.

As críticas mais apontadas pelos nossos inquiridos foram relacionadas com os tempos de espera demorados, a falta de informação ao utente e ao acompanhante, o défice nos recursos humanos e na formação pessoal e profissional de alguns profissionais, o apoio social deficitário, o facto de os doentes passarem demasiado tempo sem comer, o pagamento de tarifa no parque de estacionamento e espaço e equipamento inadequado ou em falta. As críticas apresentadas vão de encontro ao que Martinez (2004) refere no seu estudo, no qual afirma que a percepção que o utente tem de um serviço de saúde não dependia apenas da capacidade que o Serviço de Saúde apresentava em solucionar o seu problema, mas também como era realizado todo esse processo. Silva (2009) também menciona que os estudos acerca da satisfação dos utentes em cuidados de saúde tendem a focalizar dimensões distintas, desde a relação com os profissionais até à qualidade das instalações, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde. O autor refere ainda que a técnica mais simples para avaliar a satisfação é analisar as queixas/reclamações dos utentes e realça que algumas reclamações expostas no seu estudo eram referentes aos tempos de espera, sistema de informação, cuidados hoteleiros, instalações e equipamentos, e atendimento, tal como acontece na investigação efetuada no presente estudo. Silva (2012) concluiu que a insatisfação dos utentes, enquanto utilizadores de uma instituição de saúde, estava relacionada com os aspetos organizacionais, recursos existentes, tempo de espera alargado e informação recebida.

Constatou-se, neste estudo, que a sugestão mais referida foi a diminuição do tempo de espera, seguindo-se a sugestão de existirem mais recursos humanos (médicos, enfermeiros, e assistentes operacionais). Outra sugestão foi a de melhorar a informação/comunicação ao doente/acompanhante e disponibilizar água e comida. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Pinto (2011), em que 35,10% sugeriram diminuição do tempo de espera, 7% um aumento do número de médicos, enfermeiros e recursos materiais, 5,4% sugeriram disponibilizar alimentação e 3,5% fornecer mais informação. Também Silva et al. (2007) sugerem a redução do tempo de espera para a realização de exames e tratamentos, e melhor informação por parte dos médicos ou pessoal competente para com os familiares do doente.

CONCLUSÃO

Chegando ao término deste trabalho de investigação concluiu-se que a pertinência do mesmo é cada vez maior nos dias de hoje, visto que a preocupação com a qualidade tem aumentado nos últimos anos. A satisfação dos utilizadores face aos cuidados prestados, constitui um importante indicador de qualidade, na medida em que reflete as visões dos mesmos, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas (Silva, 2012). Para se identificar o nível de satisfação dos utilizadores dos serviços, é imprescindível a opinião e avaliação dos mesmos sobre os cuidados recebidos. Esta opinião é indispensável para a prestação de cuidados com qualidade, pois permite identificar os problemas a corrigir, e ainda planear, orientar e coordenar as atividades fundamentais para colmatar as necessidades e expectativas identificadas pelos utilizadores.

Na pesquisa de literatura para fundamentação teórica sobre a satisfação dos acompanhantes verificou-se que os estudos efetuados e conhecidos são escassos no âmbito da satisfação dos acompanhantes que recorrem ao SU, justificando-se assim a pertinência deste estudo que teve por objetivo avaliar o nível de satisfação global, dos acompanhantes do doente adulto que recorre ao SU, relativamente à sua perceção sobre os cuidados prestados, e identificar causas de insatisfação para posteriormente melhorar os mesmos.

É de salientar que foram respeitadas todas as questões éticas, desde os pedidos de autorização para a execução do projeto de investigação ao Presidente do Conselho de Administração, à Comissão de Ética para a Saúde, ao Diretor e ao Enfermeiro Chefe do SU, do Hospital em estudo, até ao consentimento informado aos inquiridos, garantindo o anonimato e confidencialidade.

Assim, em jeito de conclusão refere-se que a amostra em estudo foi de 235 acompanhantes, maioritariamente do sexo feminino (63,0%), e em número mais reduzido do sexo masculino, (37,0%), com idades compreendidas entre os 17 e os 75 anos de idade, e uma média de idade igual a 42,3 anos. Destaca-se ainda que 9,4% do sexo masculino encontrava-se no grupo etário 46-55 anos de idade, enquanto 18,7% do sexo feminino pertencia ao grupo etário dos 36-45 anos de idade.

Tendo em conta a análise dos resultados dos dados recolhidos sobre o SU em estudo, na perspetiva do acompanhante, concluiu-se que, na maioria dos itens, o índice de satisfação é positivo. No que diz respeito à **satisfação global** com os cuidados prestados, esta, na sua maioria, **86,4%**, foi avaliada como positiva. Os itens que apresentaram maiores níveis de satisfação referem-se aos aspetos gerais, a imagem do hospital, acessos e satisfação global com o mesmo. Quanto à satisfação com o atendimento na receção/secretaria, **94,5%** manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos relativamente à sua **qualidade global** e **87,7%** dos inquiridos referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o **tempo de espera para serem atendidos na triagem**.

Relativamente à avaliação da satisfação com os **profissionais**, **85,2%** dos participantes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a **qualidade global do desempenho médico**; **95,4%** dos inquiridos avaliaram de forma positiva a **qualidade global do desempenho dos enfermeiros**, em que **94,9%**, avaliou de forma positiva a **competência e profissionalismo**; **94%** a **simpatia/cortesia** e **90,2%** a **rapidez de resposta dos enfermeiros nos momentos de necessidade**. Relativamente à avaliação da satisfação com os **outros profissionais** verificou-se que **85,6%** dos inquiridos referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua **competência e profissionalismo** dos outros profissionais e **86%** com o seu **desempenho global**; **82,9%** referiu estar satisfeito ou muito satisfeito com o **desempenho global dos técnicos de diagnóstico e terapêutica**.

Quando se passou à avaliação da satisfação com as **instalações**, **95,4%** dos questionados manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a **limpeza das salas de espera**.

Verificou-se, ainda, no estudo que os acompanhantes, ao compararem as suas expectativas com a realidade que encontraram, **17,5%** manifestaram ter ficado insatisfeitos ou muito insatisfeitos no que diz respeito à **satisfação global**. A insatisfação com a triagem foi referida por **20,0%** dos acompanhantes nomeadamente no que se refere à prioridade atribuída. Ao avaliarem o **atendimento médico**, **17,1%** dos inquiridos revelaram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as **explicações** fornecidas por estes, **14,0%** com as **informações** fornecidas e **16,2%** com a forma como explicou a condição do doente. Registaram-se **8,5%** de casos insatisfeitos com a **simpatia e disponibilidade dos técnicos de diagnóstico/terapêutica** e no que se refere aos **tempos de espera**, **18,3%**

demonstraram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos pelo **tempo que tiveram de esperar para realizar exames/tratamento** e **46,0%** manifestaram-se de forma negativa relativamente ao **tempo** que tiveram de esperar para **conhecer os resultados dos mesmos**; Foram verificados **14,5%** de acompanhantes insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o **horário das visitas** e **13,7%** insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a **facilidade de acesso ao doente por parte dos familiares mais próximos**. Relativamente às instalações, **17,0%** dos inquiridos demonstraram insatisfação ou muita insatisfação com o **conforto das instalações**, **12,8%** com a **limpeza das instalações sanitárias** e **24,2%** com a **sinalética para acessos**.

Quando se tentou saber se em caso de necessidade recorreriam de novo àquela urgência verificou-se que **86,0%** dos inquiridos **escolhiam o Hospital em estudo** para recorrer em novos episódios, e **79,6%** dos inquiridos **aconselhá-lo-iam a um amigo/familiar**.

Um aspeto fundamental dos dados recolhidos foi a perceção da opinião dos acompanhantes sobre as expectativas relativas ao SU, e ainda as sugestões críticas e aspetos a alterar de modo a melhorar o seu funcionamento. Pode-se concluir que, os acompanhantes **expectam** que o **atendimento** no SU seja **rápido, com profissionalismo e de excelência**. Os acompanhantes esperam que os profissionais tratem com **simpatia, eficácia e que informem** adequadamente os utilizadores do SU. Relativamente às **críticas** apontadas, a que mais sobressaiu foi o facto de consideraram o **tempo de espera ser longo**. Quanto às **sugestões** apresentadas destaca-se a necessidade de **melhorar o atendimento médico, diminuir aos tempos de espera e aumentar os recursos humanos**. Para além disso, sugerem a **necessidade de formação pessoal e profissional de alguns profissionais e, melhorar a informação/comunicação** para com os utentes/acompanhantes.

Nos testes das hipóteses verificou-se que **as variáveis sociodemográficas**, nomeadamente idade, sexo, nível de escolaridade e situação profissional, **não influenciaram a satisfação global dos cuidados prestados**. O estudo demonstra para que **quanto mais satisfeitos estão** os acompanhantes com os **aspetos gerais do Hospital, conforto e qualidade das instalações, respeito pela privacidade, limpeza e sinalética, maior é o seu grau de satisfação com os cuidados prestados; quanto mais satisfeitos estão com a triagem, mais satisfeitos estão com os cuidados prestados; quanto menor for o tempo de espera**

para serem atendidos na triagem e desde a triagem até à primeira observação médica, maior é o nível de satisfação com os cuidados globais prestados; a satisfação com os cuidados prestados, é tanto maior quanto maior for a satisfação com a qualidade técnica dos profissionais e com as relações interpessoais.

Como limitações deste estudo refere-se o tempo de espera desde a entrega do pedido de autorização para a realização do projeto de investigação na instituição até à respetiva aprovação foi bastante longo. Outra dificuldade sentida foi o facto de um grande número de questionários entregues aos acompanhantes não terem sido devolvidos. A utilização de um instrumento de autorrelato também é uma limitação do estudo que deve ser considerada uma vez que estas estão sujeitas a problemas de interpretação e desejabilidade social na resposta e o tempo disponível para conciliar a realização deste estudo e exercer a atividade profissional.

Perante os resultados obtidos, considera-se importante a divulgação dos mesmos a todos os profissionais que fazem parte da equipa SU do Hospital em estudo, podendo desta forma serem tomadas as necessárias diligências para minimizar ou anular as situações registadas menos positivas e melhorar com base nas propostas apresentadas pelos inquiridos. De facto ainda foi possível verificar alguns casos de insatisfação para os quais devemos olhar com muita atenção e tentar descortinar as razões da mesma e identificar/executar as medidas corretivas/preventivas com vista à melhoria contínua e satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

Assim, acredita-se que a divulgação e reflexão sobre os resultados deste estudo possam ajudar a encontrar as melhores respostas às exigências dos utentes, aumentar a competitividade e a satisfação quer dos utilizadores quer nos colaboradores da instituição, e, por fim, prestar melhores serviços.

Considera-se que este estudo poderá ser útil para refletir sobre a importância de um atendimento de excelência aos utilizadores do SU e reforçar o facto de que o utente tem quase sempre um acompanhante que precisa de se sentir apoiado, informado e não esquecido ou ignorado.

Entende-se ainda que os resultados deste estudo deverão merecer a atenção de futuras investigações, nomeadamente no conhecimento do nível de satisfação dos profissionais de saúde relativamente aos acompanhantes dos utilizadores do SU. Será ainda importante conhecer igualmente o nível de satisfação dos utentes em relação ao SU por forma a permitir refletir sobre a satisfação dos diferentes utilizadores do SU.

Está-se convicto de que este estudo poderá contribuir como uma ferramenta com vista à melhoria na resposta aos utilizadores do SU, quer ao nível do desempenho dos profissionais, como ao nível da sua imagem, na medida em que procura contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Uma das missões das organizações é aumentar o nível de satisfação face às necessidades e expectativas dos acompanhantes dos doentes e, por isso, a avaliação da qualidade em saúde constitui um poderoso instrumento para fazer mais e melhor, com eficácia e eficiência dos serviços de saúde culminando nos benefícios e satisfação dos seus utilizadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Maria da Conceição Resende Garrido – **A satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Ovar face aos cuidados de enfermagem**. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa, 2009 [Consultado em 27-01-2014]. Disponível na WWW:<url:<http://hdl.handle.net/10284/1599>.

ABRANTES, Maria José Almeida – **Qualidade e satisfação – opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2012. Dissertação de Mestrado.

Administração Central do Sistema de Saúde; Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL) – **Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação do utente dos hospitais EPE e SPA** – Resultados globais de 2008.

Al-Mailam, F. – The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: a survey study. **Quality Management in Health Care**. 14 (2) (2005) 116-120.

ALVES, Ana Maria Seco [et al.] – **Orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos – projetos, relatórios, monografias e dissertações**. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, 2013.

ALVES, Maria Jesus Pinheiro – **O serviço de atendimento permanente – satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem**. [Em linha]. Universidade do porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de mestrado em ciências de enfermagem. [consultado em 12 de Agosto de 2014]. Disponível em [www:<URL:http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7148/2/tese%201%C2%AA%20Parte.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7148/2/tese%201%C2%AA%20Parte.pdf)

BARDIN, Luarence - **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa. 2014. ISB N9789724415062.

BISCAIA, J. L. – **Qualidade em saúde uma perspetiva concetual**. Revista da Qualidade em Saúde, 0, 6-10, 2000.

CABRAL, M. V. [et al] – Saúde e doença em Portugal. Imprensa de ciências sociais: Lisboa, 2002

CÂNDIDO, M. F. - Parentesco e regularidade das visitas: Apreensão e satisfação com as informações de saúde. **Revista Investigação em Enfermagem**. (Fevereiro de 2002). p. 34-39.

CATELL, R. B. - The scree test for number of factors. **Multivariate behavioral research**. 1. 1966. p. 245-276.

COELHO, P.; VILARES, M. - **Satisfação e lealdade do cliente: metodologias de gestão, avaliação e análise**. Lisboa, Escolar Editora, 2005.

COMREY, A. L. & Lee, H. B. - **A first course in factor analysis**. Hillsdale, NJ: Erlbaum.1992

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência**. (2012).

DESPACHO Nº11/02. **DR I Série** nº55 (2002/03/06) 1865.

DESPACHO Nº18459/06. **DR II Série** nº176 (2006/09/12) 18611.

DESPACHO Lei Nº33/2009. **DR, I Série**- Nº134 (2009/07/14) 4467.

DESPACHO Nº10319/2014. **DR II Série** nº153 (2014/08/11) 20673.

DIONISIO, I. L. [et al] - **Expectativas dos utentes de cuidados de saúde primários face aos cuidados de enfermagem**. Enfermagem em foco - SEP: Lisboa. Nº18, 1995, 38-43.

DONABEDIAN, A. - **The quality of care: how can it be assessed?**. [Em linha]. Journal of the American Medical Association. [Consultado em 12 de Agosto de 2014] Disponível em WWW<URL:<http://jama.ama-assn.org/content/260/12/1743.short>

FAVA, Joseph I.; VELICER, Waine F.- The effects of underextraction in factor and component analyses. **Educational and Psychological Measurement**, Vol.56. nº6 . Sage Publications, inc. 1996. p.907-929.

FERNANDES, Adalberto Campos - **Reflexões e contributos para a Reforma do Sistema de Saúde em Portugal**. Diário de Bordo editores. 1^a ed. ISBN 978-989-8554-09-3. 2012.

FERREIRA, Pedro Lopes - **Estatística descritiva e inferencial**. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra. 2005.

FORTIN, M. - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Lusociência: Loures, (2009).

FRANCO, Maria; FLORENTIM, Ricardo - 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**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 24, nº1 (Jan-Jun-2006). p.21-35.

FRANK, L. C. [et al] - **Wait time and satisfaction care and service at a nurse practitioner managed clinic**. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Vol. 13, nº 10, 2005, 467-472.

GHIGLIONE, R. MATALON, B. **O inquérito, teoria e prática**. Celta Editora: Oeiras, 1993.

GIBBON, B. - O "stress" nos familiares dos doentes. **Nursing**. (Dezembro de 1988), p. 46-48.

GOMES, Barbara Pereira - **Enfermagem de Reabilitação um Contributo para a Satisfação do Utente**. Universidade do porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GONÇALVES, A. [et al.]. - O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados? **Nursing**. nº151, (Janeiro de 2001), p. 11-17.

HENRIQUES, Tânia - **Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente sócio económico**. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2012. Tese de mestrado.

HESPANHOL, A.; RIBEIRO, O; PEREIRA, A - Assegurar qualidade no centro de Saúde São João- Satisfação dos utentes. **Arquivo Médico**, 2005. Vol.19, nº5/6. p.191-197. ISSH0871-3413.

HESPANHOL, A; VIEIRA, A; PEREIRA, AC - Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. nº24, 2008.

HESPANHOL, A; VIEIRA, A; PEREIRA, AC - Novo modelo de remuneração dos médicos do Centro de Saúde São João: assegurar qualidade na perspectiva do utente. **Cadernos de Atención Primaria**. 2004, vol. 11. P. 265-271

HORN, J. L. A Rationale and test for the number of factors analysis. **Psychometrika**. 30. 1965. p.179-185.

IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa : Edinova, 1999. ISBN 972-595-097-6.

KAISER, H. - A second generation Little Jiffy. **Psychometrika**. 35. 1970. p. 401-415.

LIBERADO, J. - A informação aos familiares e acompanhantes, avaliação do grau de satisfação. **Revista Sinais Vitais**. (Janeiro de 2004), p. 19-24.

LAUREANO, Raúl - **Testes de hipóteses com o SPSS o meu manual de consulta rápida**. 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo, Lda. 2013. ISBN: 978-972-618-735-6.

LAUREANO, Raúl e BOTELHO, Maria do Carmo - **SPSS o meu manual de consulta rápida**. 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo, Lda, 2012. ISBN978-972-618-702-8.

MARÔCO, João - **Análise estatística com o SPSS Statistics**. 5ª Edição, Pero Pinheiro, ReportNumber - Análise e Gestão de Informação, 2011. ISBN 978-989-96763-2-9.

MARTINEZ, A.M. - Esperan pacientes y familias aquello que realmente ofrecemos?: expectativas sobre el rol enfermero. **ROL**: Granada. 2004. V.27, nº9, p. 19-22.

MARTINS, C. R. - A família e a hospitalização/A participação da família no cuidar. **Servir**. nº 48, (1999), p. 133-135.

MARTINS, Carla - **Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS - saber decidir, fazer, interpretar e derigir**. Psiquilibrios Edições. 2011. ISBN 978-989-8333-08-7.

MDINTYRE, T. M. [et al.] - **Questionário de Avaliação de Satisfação do Utente (QUASU-HOSP)**. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho. (2000).

MELO, F.G. - Importância da gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 23, nº1, (2005) p.3-4.

MONTEIRO, A. S. - **Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2000. Dissertação de mestrado.

NETO, A. J. [et al.] - Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de Urgência. **Servir**. nº51, (2003), p. 214-228.

NOVO, Lúcia S. M. - **A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Economia, 2010 Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. [consultado em 12 de Agosto de 2014]. Disponível em [www<URL:http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20dissertação%20a%20procura%20de%20cuidados%20de%20saude%20distrito%20de%20V.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20dissertação%20a%20procura%20de%20cuidados%20de%20saude%20distrito%20de%20V.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, nº16, 2005.

PALLANT, Julie - SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for windows (version 12). [em linha]. [consultado em 5 de Abril de 2014]. Disponível em [www<URL:http://www.academia.dk/BiologiskAntropologi/Epidemiologi/PDF/SPSS_Survival_Manual_Ver12.pdf](http://www.academia.dk/BiologiskAntropologi/Epidemiologi/PDF/SPSS_Survival_Manual_Ver12.pdf).

PAÚL, C. [et al.] - **Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado**. Afrontamento: Porto, 1999.

PEDROSA, António; GAMA, Sílvia - **Introdução computacional à probabilidade e estatística**. Porto Editora. 2004

PEREIRA, Alexandre - **Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia**. 7ª edição. Edições Sílabo. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-618-510-9.

PEREIRA, Natália Garcia - **Comunicação do Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência**, Universidade Aberta de Lisboa, Comunicação em Saúde, 2008, Tese de mestrado.

PEREZ, Carceles [et al] - Is the right to information fulfilled in na emergency department? Patients perceptions of the care provided. Journal of evaluation in clinical practice. [Em linha]. (ju. 2010) 456-463. [consultado em 12 de Agosto de 2014]. Disponível em [www<URL: http://www.repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/711](http://www.repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/711).

PETERLINI, O.; ZAGONEL, I. - **Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva**. [Em linha]. Cogitare enfermagem, 8(2), 18-25, 2003 [consultado em 12 de Agosto de 2014] Disponível em WWW<URL <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/index>

PIAS, M. S. - Ansiedade e Stress na Família do Doente em Estado Crítico. **Sinais Vitais**. nº 81, (2008), p. 11-15.

PIERCE, S. F. - Para melhor cuidar de doentes no fim da vida: colheita de sugestões dos familiares. **Servir**, (2000), p. 103-202.

PINHO, L. B. e Kantorski, L. P. - Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciencia y Enfermeria X**, (2004), p. 67-77.

PINTO, Sónia Alexandra Gomes Pinto - **Qualidade e Satisfação: a visão dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica**. 2011. Tese de mestrado.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 3.3 Eixo estratégico - Qualidade em saúde [consultado em 18/08/2014] Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf

QMETRICS - Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes do Hospital de Braga - Apresentação de resultados. 2013. 55 Diapositivos.

Região Autónoma dos Açores. Secretaria Regional da Saúde - **Estudo sobre a satisfação dos utentes e profissionais dos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores.** 2009

REGO, Guilhermina; NUNES, Rui - **Gestão da saúde.** Lisboa. Prata & Rodrigues. 1ª ed. ISBN:978-989-96848-0-5. 2010.

RODRIGUES, Rúben Carlos Ramos Pires - **Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português.** Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2009. Tese de mestrado.

RODRIGUES, A. P. S. - **Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde.** Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1993. Dissertação de doutoramento.

SAMPIERI, R. H.[et al.] - **Metodologia de Pesquisa.** São Paulo: Mc Graw Hill. 3ed (2006).

SCHWAB, Robert A. - **Emergency department customer satisfaction: the point of view paradox.** Annals of emergency Medicine, Vol.10, 1992, 499-501.

SERAPIONI, Mauro - Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais.** nº85 (Junho 2009), p. 65-82.

SILVA, Ana Catarina Marta - **A Qualidade do Serviço de Urgência: Perceções dos Utentes e Prestadores.** Aveiro: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas, 2009. Tese de mestrado.

SILVA, Carlos Alberto [et al.] - **Estudo da satisfação dos utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE - Relatório Final.** [Em linha]. Universidade de Évora - Departamento Sociologia/Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto

da Silva". Évora, 2007. [Consultado em 13-08-2013]. Disponível em [www:http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatório_final_hese_epe.pdf](http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatório_final_hese_epe.pdf).

SILVA, Etelvina Branco Barreiro - **Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no su.pdf**. [Em linha]. repositório.ipv.pt: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream,2012>. [Consultado em 11 de Setembro de 2013]. Disponível na [www:<URL: http://hdl.handle.net/10400.19/1632](http://hdl.handle.net/10400.19/1632).

SILVA, L. e Bocchi, S. C. - **A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso**. [Em linha]. www.Scielo.br. *Rev Latino-am Enfermagem* 13(2):180-7 (2005). [Consultado em 11 de Setembro de 2013]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200008>.

SILVA, Melânia Cristina Correia - **Satisfação do doente cardíaco com os cuidados de enfermagem**. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Tese de mestrado.

SILVA, Mercedes Gomes - **Gestão da qualidade em cuidados de saúde**. Edição Monitor - Projetos e Edições, Lda, Lisboa, 2013. ISBN 978-972-9413-88-9.

SOFI [et al.] **BMC Health Services Research** 2010 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/149>.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. - **Using multivariate statistics**. **New York: HarperCollins**. 4th edn. Chapter 13. 2001.

VELOSO, Tiago Marrucho - **Gestão de filas de espera no Serviço de Urgência**. **Universidade do Minho**, Escola de Engenharia, 2011, Tese de mestrado.

ZWICK, W. R.; VELICER, W. F. - Comparison of five rules for determining the number of components to retain. **Psychological Bulletin**. 99. 1986. p. 432-442

APÊNDICES

APÊNDICE A – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração



Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital de Braga

Assunto:

Pedido de autorização para a execução de um projeto de investigação

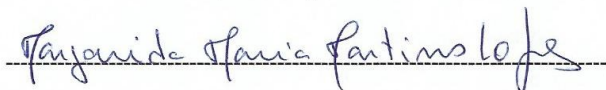
Sou Margarida Maria Martins Lopes, a exercer funções no Serviço de Urgência, com o número mecanográfico 3212, e aluna do II Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Vossa Ex. Cia autorização para a realização de um Projeto de Dissertação de Natureza Científica, nessa instituição. No referido projeto proponho a investigar "Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao serviço de urgência", e que será desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objetivo conhecer o nível de satisfação, compreender as expetativas e analisar sugestões dos acompanhantes de adultos, que recorrem ao Serviço de Urgência. O estudo escolhido foi o misto, qualitativo e quantitativo, com aplicação de um questionário ao acompanhante de doente, adulto, que recorre ao Serviço de Urgência. Só será feito o estudo se o inquirido aceitar de livre vontade participar no estudo, assinando previamente o consentimento informado. A data prevista para a recolha de dados é Outubro, Novembro e Dezembro de 2013.

Desde já é garantido anonimato e sigilo dos participantes e da instituição, e comprometo-me a cumprir os princípios éticos inerentes a todo o trabalho de investigação. De igual modo remeterei à instituição os resultados da investigação para que os possam utilizar se possível na melhoria do atendimento e acolhimento no serviço de urgência.

Agradecida pela atenção e colaboração de V. Ex.^a.

Pede deferimento

Viana, 12 de Agosto de 2013



APÊNDICE B – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde



Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)

1) **IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO / PROJECTO**

a) *Título do Estudo / Projecto de Investigação:*

Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao Serviço de Urgência

b) *Identificação do Investigador Principal:*

(Nome, Instituição, Serviço/Departamento, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

Margarida Maria Martins Lopes, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana de Castelo, Serviço de Urgência, Enfermeira. Contactos: guida.lopes@sapo.pt telemóvel 962748032

c) *Identificação do Orientador / Supervisor do Hospital de Braga:*

Não se aplica

(Nome, Serviço, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana de Castelo; Contactos: salomeferreira@ess.ipvc.pt

d) *Identificação do Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino:*

O mesmo que em c)

Não se aplica

(Nome, Instituição, Departamento, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

e) *Classificação do Estudo / Projecto de Investigação:*

i) Trabalho Académico de Investigação

(1) Não conferidor de grau

(2) Conferidor de grau

(a) Licenciatura

(b) Mestrado

(c) Doutoramento

ii) Projecto de Investigação

iii) Ensaio Clínico

(1) Medicamentos

(2) Dispositivos médicos

(3) Outros produtos

Quais? _____

iv) Outro tipo de estudo

Qual? _____

f) *Versão:*

i) Novo

ii) Modificação / Adenda

iii) Prolongamento



**Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)**

g) Nome da Entidade Promotora (se aplicável):

h) Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:

i) Existem outros centros, nacionais onde a mesma investigação será efectuada?

- i) SIM
ii) NÃO

j) Descreva, sucintamente, os objectivos da investigação:

k) Data previsível de conclusão do Estudo / Projecto de Investigação:

(Após a conclusão do estudo / projecto de investigação deve comunicar à CESHB o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

2) RISCOS / BENEFÍCIOS

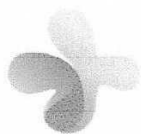
a) A investigação envolve doentes?

- i) SIM
ii) NÃO

b) A investigação envolve voluntários sãos?

- i) SIM
ii) NÃO

c) Que benefícios poderão advir para os participantes?



Hospital
Braga

Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)

d) *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

O preenchimento de um questionário

e) *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

i) SIM Em caso afirmativo, quais?

Que razões justificam este envolvimento?

ii) NÃO

3) **CONFIDENCIALIDADE**

a) *Serão realizados questionários aos participantes?*

i) SIM

ii) NÃO

b) *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

É garantido anonimato e confidencialidade dos dados colhidos

c) *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

i) SIM

Quem terá acesso ao processo clínico?

ii) NÃO



Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)

4) CONSENTIMENTO INFORMADO

a) *Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objectivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo/projecto de investigação, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe seja pedida justificação – com efeitos imediatos e sob a mesma garantia?*

- i) SIM
- ii) NÃO
- iii) NÃO APLICÁVEL

5) PROPRIEDADE DOS DADOS

a) *Havendo Promotor, os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva desta entidade?*

- i) SIM
- ii) NÃO

b) *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

- i) SIM
- ii) NÃO

6) CUSTOS E FINANCIAMENTO

a) *A investigação proposta envolve exames complementares?*

- i) SIM *Quem suportará os seus custos?*

- ii) NÃO

b) *A investigação proposta envolve prescrição terapêutica?*

- i) SIM *Quem suportará os seus custos?*

- ii) NÃO



Hospital
Braga

Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)

c) *Este projecto é financiado?*

i) SIM *Qual é a entidade financiadora?*

ii) NÃO

d) *Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes?*

	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
i) Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ii) Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iii) Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iv) Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7) SEGURO

a) *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

i) SIM

ii) NÃO

8) TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Margarida Maria Martins Lopes, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Braga, 12 / AGOSTO / 2013

O Investigador Principal



Hospital
Braga

Comissão de Ética para a Saúde
do Hospital de Braga (CESHB)

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE BRAGA

<p>Emitido na reunião plenária da CESHB em _____ / _____ / _____</p>	
--	--

APÊNDICE C: Questionário

QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS ACOMPANHANTES DOS DOENTES UTILIZADORES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O presente questionário tem como objetivo conhecer o nível de satisfação, conhecer as expectativas e analisar sugestões do acompanhante do doente utilizador do Serviço de Urgência.

Precisamos da sua opinião para melhorarmos a qualidade dos serviços prestados. A sua participação é importante e este questionário é confidencial e anónimo.

Não há respostas certas nem erradas, apenas queremos conhecer a sua opinião relativamente às questões colocadas

Desde já agradeço o tempo dispensado ao preencher este questionário.

Questionário de Avaliação da Satisfação:

PARTE I

1- Sexo: M F

2- Idade: _____

3- Nível de Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever _____
- Básico _____
- Secundário/Profissional _____
- Superior _____

4- Situação profissional:

- Desempregado(a) _____
- Estudante _____
- Reformado(a) _____
- Trabalhador por contra de outrem _____
- Trabalhador por contra própria _____

5- Motivo da vinda ao Serviço de Urgência:

- Doença _____
- Acidente _____
- Outro. Qual? _____

6- Especifique o grau de relação com o doente (por exemplo: pai; amigo; vizinho; família de acolhimento; ...) _____

7- O tempo que esperou até ser chamado para a triagem foi _____

8- A cor atribuída ao doente foi _____

9- Depois de passar na triagem quanto tempo demorou a ser atendido

+ do que 240 minutos	Até 240 minutos	Até 120 minutos	Até 90 minutos	Até 20 minutos	0 minuto	Não sei

10- Assinale os meios auxiliares de diagnóstico (exames) que o doente realizou:

Rx	
TAC	
Ressonância	
Ecografia	
Análises	
ECG (eletrocardiograma)	

Outros : _____

PARTE II

Assinale com um (X) a resposta que melhor corresponde ao seu grau de satisfação. Tendo em consideração a seguinte escala:

1 – Muito Insatisfeito (a)/Péssima; **2** – Insatisfeito (a)/Má; **3** – Satisfeito (a)/Boa; **4** – Muito satisfeito (a)/Muito Boa

No caso de não saber responder a alguma das afirmações, ou de não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o retângulo **Não sei ou Não se aplica**

INDICADOR	1 Muito Insatisfeito/ Péssima	2 Insatisfeito/ Má	3 Satisfeito/ Boa	4 Muito satisfeito/ Muito Boa	Não sei ou não se aplica
1-A imagem que tenho do hospital é					
2- A facilidade de acessos às instalações é					
3- O tempo de espera até ser atendido na receção/secretaria deixou-me					
4- A simpatia e disponibilidade dos funcionários da receção/secretaria deixaram-me					
5- A competência e profissionalismo dos funcionários da receção/secretaria deixaram-me					
6- A qualidade dos esclarecimentos e da informação prestada pelos funcionários da receção/secretaria deixou-me					
7- A qualidade global do atendimento na receção/secretaria deixou-me					
8- O tempo de espera até ser atendido na triagem deixou-me					
9- A competência e profissionalismo do enfermeiro que fez a triagem deixaram-me					
10- A justiça da ordem pela qual os utentes são atendidos deixou-me					
11- A atenção e disponibilidade demonstrada pelo médico deixaram-me					
12- A forma como explicou a condição do utente deixou-me					
13- A competência e profissionalismo do médico deixaram-me					
14- As explicações dadas pelo médico sobre medicamentos prescritos e exames a realizar deixaram-me					
15- A informação fornecida sobre cuidados e práticas a seguir deixou-me					

Satisfação do acompanhante do doente adulto que recorre ao Serviço de Urgência

INDICADOR	1 Muito Insatisfeito/ Péssima	2 Insatisfeito/ Má	3 Satisfeito/ Boa	4 Muito satisfeito/ Muito Boa	Não sei ou não se aplica
16- A qualidade global do desempenho do médico deixou-me					
17- A simpatia/cortesia e disponibilidade dos enfermeiros deixaram-me					
18- A rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade deixou-me					
19- A competência e profissionalismo dos enfermeiros deixaram-me					
20- A qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem deixou-me					
21- A simpatia e disponibilidade de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..) deixaram-me					
22- A competência e profissionalismo de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..) deixaram-me					
23- O desempenho global de outros profissionais (da manutenção, limpeza, auxiliares, seguranças,..) deixou-me					
24- O tempo de espera para a realização de exames/tratamentos deixou-me					
25- O tempo de espera para saber o resultado de exames/tratamentos deixou-me					
26- A simpatia e disponibilidade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica deixaram-me					
27- A competência e profissionalismo dos técnicos de diagnóstico e terapêutica deixaram-me					
28- A qualidade global dos serviços prestados na realização dos exames/tratamentos deixou-me					
29- O horário das visitas deixou-me					
30- A facilidade de acesso ao doente por parte dos familiares mais próximos deixou-me					
31- A satisfação global do serviço prestado deixou-me					
32- A satisfação global com o hospital deixou-me					
33- A satisfação comparada com as expetativas deixou-me					
34- O conforto das instalações é					
35- A qualidade das instalações (ambiente físico – luz, ruído, climatização, espaço e decoração) é					
36- Respeito pela privacidade nos locais de consulta, exames e/ou tratamentos é					
37- A limpeza do local da consulta é					
38- A limpeza das salas de espera é					
39- A limpeza dos wc é					
40- A sinalética existente para acessos é					

PARTE III

1- No caso de uma nova situação de urgência voltaria a este Hospital?

Sim	Não	Não sei	Talvez

2- Tendo em conta a qualidade dos serviços prestados aconselharia a um amigo recorrer a este Hospital?

Sim	Não	Não sei	Talvez

3- Indique, por favor, quais as expetativas do Serviço de Urgência

4- Indique, por favor, sugestões e críticas

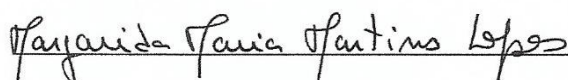
MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE D – Termo de responsabilidade do Investigador Principal

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR PRINCIPAL

Eu, Margarida Maria Martins Lopes, abaixo-assinado, na qualidade de mestrando do II Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Diretrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Braga, 21 de Outubro de 2013



O Investigador Principal

APÊNDICE E – Termo de responsabilidade do orientador

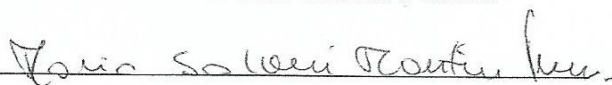
**TERMO DE RESPONSABILIDADE
DO ORIENTADOR**

Eu, abaixo assinado, Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, docente do Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e na qualidade de Orientadora do mestrando Margarida Maria Martins Lopes aluna do II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica declaro que me comprometo a acompanhar a aluna nas diferentes fases da sua realização deste estudo de investigação intitulado *Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao serviço de urgência* responsabilizando-me por supervisionar todas as fases do trabalho de investigação.

Serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho; as Diretrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000); as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002) e as Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República

Braga, 2 de Outubro de 2013

Profª Doutra Maria Salomé Martins Ferreira



APÊNDICE F – Pedido de autorização ao Diretor do serviço de urgência



Comunidade
M. Martins Lopes
Hospital de Braga
Diretor Serviço de Urgência
Dr. Jorge Teixeira

Exmo. Sr.
Diretor do Serviço de Urgência
Do Hospital de Braga

Assunto:

Pedido de autorização para a execução de um projeto de investigação

Sou Margarida Maria Martins Lopes, a exercer funções no Serviço de Urgência, com o número mecanográfico 3212, e aluna do II Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Vossa Ex. Cia autorização para a realização de um Projeto de Dissertação de Natureza Científica, no Serviço de Urgência. No referido projeto proponho a investigar "Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao serviço de urgência", e que será desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objetivo conhecer o nível de satisfação, compreender as expectativas e analisar sugestões dos acompanhantes de adultos, que recorrem ao Serviço de Urgência. O estudo escolhido foi o misto, qualitativo e quantitativo, com aplicação de um questionário ao acompanhante de doente, adulto, que recorre ao Serviço de Urgência. Só será feito o estudo se o inquirido aceitar de livre vontade participar no estudo, assinando previamente o consentimento informado. A data prevista para a recolha de dados é Outubro, Novembro e Dezembro de 2013.

Desde já é garantido anonimato e sigilo dos participantes e da instituição, e comprometo-me a cumprir os princípios éticos inerentes a todo o trabalho de investigação. De igual modo remeterei à instituição os resultados da investigação para que os possam utilizar se possível na melhoria do atendimento e acolhimento no serviço de urgência.

Agradecida pela atenção e colaboração de V. Ex.ª.

Pede deferimento

Viana, 4 de Setembro de 2013

Margarida Maria Martins Lopes

APÊNDICE G – Pedido de autorização ao Enfermeiro Chefe do serviço de urgência



Exmo. Sr.
Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência
Do Hospital de Braga

Assunto:

Pedido de autorização para a execução de um projeto de investigação

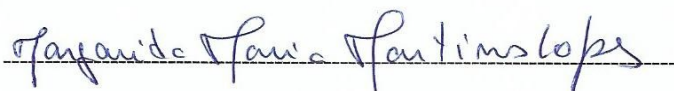
Sou Margarida Maria Martins Lopes, a exercer funções no Serviço de Urgência, com o número mecanográfico 3212, e aluna do II Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Vossa Ex. Cia autorização para a realização de um Projeto de Dissertação de Natureza Científica, no Serviço de Urgência. No referido projeto proponho a investigar "Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao serviço de urgência", e que será desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objetivo conhecer o nível de satisfação, compreender as expectativas e analisar sugestões dos acompanhantes de adultos, que recorrem ao Serviço de Urgência. O estudo escolhido foi o misto, qualitativo e quantitativo, com aplicação de um questionário ao acompanhante de doente, adulto, que recorre ao Serviço de Urgência. Só será feito o estudo se o inquirido aceitar de livre vontade participar no estudo, assinando previamente o consentimento informado. A data prevista para a recolha de dados é Outubro, Novembro e Dezembro de 2013.

Desde já é garantido anonimato e sigilo dos participantes e da instituição, e comprometo-me a cumprir os princípios éticos inerentes a todo o trabalho de investigação. De igual modo remeterei à instituição os resultados da investigação para que os possam utilizar se possível na melhoria do atendimento e acolhimento no serviço de urgência.

Agradecida pela atenção e colaboração de V. Ex.^a.

Pede deferimento

Viana, 17 de Outubro de 2013


Margarida Maria Martins Lopes

APÊNDICE H – Consentimento informado



Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

II Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudo sobre “Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao Serviço de Urgência”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Dissertação do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica “Satisfação do acompanhante do doente que recorre ao Serviço de Urgência”. O estudo é quantitativo e qualitativo, tem a finalidade de identificar e compreender as expectativas e sugestões dos acompanhantes de adultos que recorram ao Serviço de Urgência.

Para a concretização deste estudo, venho por este meio solicitar a sua colaboração neste estudo através da realização do questionário que se apresenta.

A sua participação é voluntária, é garantido anonimato e confidencialidade dos dados colhidos. Pode também desistir livremente se assim desejar sem que daí lhe advenha prejuízo e sem o dever de justificar a sua decisão.

Desde já grata pela atenção

A investigadora _____

Tomei conhecimento e autorizo _____

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

APÊNDICE I – Teste Kolmogorov-Smirnov

TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV DA AMOSTRA

	Questões							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
N	232	234	232	233	231	221	231	233
Parâmetros normais ^{a,b} média	3,0603	3,0726	3,1207	3,2446	3,2338	3,1900	3,2078	3,2275
Desvio padrão	,54715	,59239	,69201	,55342	,54922	,53944	,49355	,72202
Diferenças mais absoluto	,367	,348	,306	,370	,379	,384	,416	,265
Extremas positivo	,367	,348	,293	,370	,379	,384	,416	,255
negativo	-,344	-,336	-,306	-,278	-,292	-,303	-,298	-,265
Kolmogorov-Smirnov	,367	,348	,306	,370	,379	,384	,416	,265
Nível de significância (p)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a – a distribuição do teste é normal

b – cálculo de dados

	Questões							
	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
N	231	224	230	228	227	220	219	229
Parâmetros normais ^{a,b} média	3,3593	3,0179	3,1870	3,0877	3,1982	3,0318	3,0320	3,0961
Desvio padrão	,62962	,73944	,70234	,74575	,66545	,71122	,65236	,66848
Diferenças mais absoluto	,283	,281	,286	,287	,300	,291	,330	,316
Extremas positivo	,279	,255	,279	,257	,300	,272	,314	,308
negativo	-,283	-,281	-,286	-,287	-,286	-,291	-,330	-,316
Kolmogorov-Smirnov	,283	,281	,286	,287	,300	,291	,330	,316
Nível de significância (p)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a – a distribuição do teste é normal

b – cálculo de dados

	Questões							
	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24
N	225	221	224	225	210	206	207	218
Parâmetros normais ^{a,b} média	3,4711	3,3122	3,4777	3,4400	3,2381	3,2330	3,2367	2,9633
Desvio padrão	,53478	,54546	,50950	,50639	,51807	,47788	,47969	,68461
Diferenças mais absoluto	,328	,364	,344	,363	,396	,430	,428	,324
Extremas positivo	,322	,364	,344	,363	,396	,430	,428	,291
negativo	-,328	-,249	-,330	-,310	-,280	-,289	-,287	-,324
Kolmogorov-Smirnov	,328	,364	,344	,363	,396	,430	,428	,324
Nível de significância (p)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a – a distribuição do teste é normal

b – cálculo de dados

TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV DA AMOSTRA

	Questões							
	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32
N	210	196	192	203	148	195	221	228
Parâmetros normais ^{a,b} média	2,4143	3,1224	3,1823	3,1232	2,8649	3,0769	3,1041	3,0614
Desvio padrão	,83281	,55958	,46116	,43328	,60214	,66521	,52487	,51898
Diferenças mais absoluto	,245	,362	,440	,449	,359	,295	,393	,394
Extremas positivo	,205	,362	,440	,449	,303	,295	,393	,394
negativo	-,245	-,311	-,315	-,349	-,359	-,290	-,349	-,374
Kolmogorov-Smirnov	,245	,362	,440	,449	,359	,295	,393	,394
Nível de significância (p)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a – a distribuição do teste é normal

b – cálculo de dados

	Questões							
	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
N	229	233	233	227	229	231	211	231
Parâmetros normais ^{a,b} média	2,9258	3,0901	3,1760	3,0485	3,2576	3,2251	3,0995	2,8961
Desvio padrão	,57635	,66665	,58643	,59670	,50349	,52043	,61299	,68368
Diferenças mais absoluto	,372	,288	,348	,349	,407	,403	,323	,314
Extremas positivo	,331	,288	,348	,347	,407	,403	,323	,275
negativo	-,372	-,275	-,292	-,349	-,274	-,302	-,293	-,314
Kolmogorov-Smirnov	,372	,288	,348	,349	,407	,403	,323	,314
Nível de significância (p)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a – a distribuição do teste é normal

b – cálculo de dados

Efetuada o teste Kolmogorov-Smirnov a todas as variáveis dependente e independentes. Pela análise dos resultados do teste apresentados nestas tabelas, constata-se que existem evidências estatísticas para se afirmar que estas variáveis não seguem uma distribuição normal de médias e dispersão média em torno dos seus desvios padrão com um nível de significância, $p = ,000$, pelo que se assume que estas variáveis não são normalmente distribuídas.

APÊNDICE J - Transcrição das expectativas

EXPECTATIVAS

- Espero encontrar profissionalismo e simpatia em todos os profissionais. Q12
- Espero que encontrem rapidamente solução para o problema. Q12
- Que o doente seja bem tratado e informado do seu estado de saúde. Q16
- Sendo um serviço de urgências a expectativa é de um atendimento rápido com uma rápida resolução, o que não se verifica isso. Q17
- Que tratem dos doentes da melhor forma possível. Q25
- Sendo um serviço de urgência, deveria ser um atendimento mais rápido. Q27
- Espero um serviço que dê atenção ao doente e que o trate bem. Q31
- Encontrar a solução para o problema que leva o doente a este Hospital. Q32
- Espero ser bem esclarecido sobre o problema do doente que acompanho. Q32
- Indiferente, uma vez que as vezes que venho aqui deixei de ter expectativas, (principalmente boas). Q36
- Ser atendido com qualidade e rapidez. Q36
- Rapidez e eficácia. Q40
- Por ser uma situação de urgência espero um atendimento consideravelmente rápido. Q41
- Pretendo com este serviço solucionar o nosso problema, trata-lo ou encaminha-lo para outra especialidade. Q45
- A expectativa para o Serviço de Urgência deve valer por ter uma avaliação rápida da situação do paciente e agir em conformidade da mesma. Q48
- Se é urgente deve ser atendido de imediato e todos os serviços prestados o mais rapidamente possível, de forma a diagnosticar e medicar para controlar quanto antes o problema. Q49
- Ser bem atendido, ficar esclarecido do problema que nos leva às urgências. Q58
- Espero que o atendimento após a triagem seja rápido. Q65
- As expectativas são ideias que o cidadão constrói, quando o mal o afeta, ao recorrer ao Serviço de urgência, desde o atendimento à rapidez. Q148
- Competência, simpatia, profissionalismo e prestável. Q164
- Um serviço rápido, eficaz e extremamente organizado. Q166
- Espero um serviço de urgência rápido e eficaz. Q178

- Espera-se, tendo em conta a dimensão e prestígio do hospital, um serviço eficaz, rápido e com cuidados de excelência. Q179
- Espera-se um serviço rápido e de excelência. Q183
- Ser atendida com confiança e simpatia, num tempo considerado razoável. Q186
- Rapidez quer no ato da triagem, quer no atendimento posterior. Q194
- Quando se recorre ao Serviço de Urgência espera-se que haja uma “boa” triagem, que se faça uma justa determinação do tempo de espera, e que se saia do Hospital com o diagnóstico e respetivo tratamento. Q196
- Espera-se que seja um Serviço de Urgência!!! Q.197
- Rapidez, acompanhamento e esclarecimento, apoio à família/informação. Q204
- Que tratem dos doentes da melhor forma possível, de forma prestável, e clareza na deteção da doença e no tratamento que seja necessário. Q213
- Rapidez na resposta após triagem. Q215
- Rapidez no atendimento, profissionalismo, humanismo e compreensão para com os utentes. Q217
- Que num hospital com esta dimensão, o tempo de espera não fosse tanto. Q220
- Ser atendido com profissionalismo e num espaço de tempo não superior a 15 minutos. Q229
- Ser atendida com profissionalismo e com menos tempo de espera. Q231
- Espero que o Serviço de Urgência seja mais rápido nas consultas e que se consiga fazer exames adequados. Q232

Tabela 31 - Expectativas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao SU

BLOCO TEMÁTICO	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Atendimento	Rápido	- “Espero um atendimento rápido”. Q17; Q27; Q36; Q40; Q41; Q48; Q49; Q65; Q166; Q178; Q179; Q183; Q186; Q194; Q196; Q204; Q215; Q217; Q220; Q229; Q231; Q232
	Excelência	- “Espero um serviço com cuidados de excelência”. Q179; Q183; Q217
	Utente bem tratado	“Que o doente seja bem tratado”. Q16; Q25; Q31; Q58; Q213
	Simpatia dos profissionais	- “Gostava que houvesse simpatia em todos os profissionais”. Q12; Q36; Q164; Q186; Q213
	Profissionalismo	- “Espero encontrar profissionalismo”. Q12; Q164; Q186; Q204; Q213; Q217; Q229; Q231
	Eficaz	- “Solução para o problema”. Q12; Q17; Q32; Q40 Q45; Q49; Q166; Q178; Q179; Q196; Q232;
	Informação aos doentes e acompanhantes	- “Que o doente seja informado do seu estado de saúde”. Q16 - “Espero ser bem esclarecido sobre o problema do doente que acompanho”. Q32; Q58; Q204.

APÊNDICE k – Transcrição das críticas

CRÍTICAS

- . “A mudança de turno não deveria demorar tanto tempo. É um exagero um doente esperar mais de 1 ou 2 horas para ser atendido. Ouvi casos que esperaram 5 a 6 horas, isso é brincar com os doentes;” Q2
- . “Noutras situações esperei 7 horas, nada satisfeita;” Q5
- . “O atendimento é demorado e o serviço desorganizado;” Q8
- . “É muito demorada a espera para a consulta;” Q10
- . “O atendimento para a consulta foi rápido porque as circunstâncias assim o exigiram (o doente desmaiou). Se não teríamos que esperar muito tempo pela consulta;” Q11
- . “Doentes demasiado tempo sem refeição;” Q12
- . “Tempo de espera para saber resultados e para o internamento elevado. Cadeiras desconfortáveis e insuficientes para quem espera muito tempo;” Q14
- . “De momento não existe nada apontar;” Q25
- . “Não gostei;” Q28
- . “O atendimento da urgência é o reflexo da equipa médica que está ao serviço no dia em questão;” Q27
- . “Problema geral em Portugal, normalmente o tempo de espera é de mais, tornando-se insuportável (...) de resto acho um Hospital soberbo e que procura o bom e melhor para os seus utentes e não utentes;” Q29
- . “As cadeiras da sala de espera não deveriam estar direcionadas para o WC;” Q32
- . “Não percebi nada do que o médico disse, era espanhol;” Q36
- . “Falta de informação;” Q36
- . “As cadeiras na sala de espera para consulta médica estão viradas para as casas de banho (falta de privacidade e higiene)” Q36
- . “Aos utentes que estão horas à espera dos resultados dos exames os auxiliares deveriam servir alguma coisa para comerem, tipo bolachas e chá ou leite, para não estarem imenso tempo de jejum (estamos a falar de pessoas idosas) as máquinas à disposição para eles são confusas nem têm alimentos saudáveis;” Q36
- . “Deveria haver mais profissionais a atender os utentes. Acontece que às vezes existe um médico para 50 pacientes, inadmissível;” Q36
- . “Muito tempo de espera. Pela segunda vez estive sete horas à espera para ser atendido pelo médico;” Q41
- . “Quando temos um problema de saúde que já está diagnosticado deveríamos ser observados por um médico dessa especialidade, não por médico de clínica geral;” Q43
- . “Acho que o tempo de espera para ser avaliado pelos médicos depois de passar na triagem, é muito demorado;” Q48
- . “Gostei da forma como a minha esposa foi atendida e acompanhada;” Q48
- . “Fomos atendidos na passagem de turno que deve ser feita sem impacto no atendimento e tratamento;” Q49
- . “Quando cheguei pensei que ia ficar o dia inteiro aqui, mas enganei-me, até agora fui bem atendida e não tenho esperado muito tempo para ser atendida. Foi a primeira vez que cá vim e estou satisfeita;” Q55
- . “Nada a apontar;” Q55
- . “Falta de informação por parte do médico;” Q58

- . “Deviam de ter pelo menos mais um médico a atender as pessoas, para que estas não fiquem 5 horas à espera de ser atendidas;” Q60
- . “Tempo de espera nem sempre é rápido;” Q62
- . “Boas expectativas num contexto geral. Mas posso dizer que no decorrer de um ano nem sempre o serviço foi eficaz;” Q62
- . “A urgência está bem organizada e tendo em atenção ao enorme número de doentes, vindos de todo o distrito, pode-se considerar que, com o esforço denotado pelos funcionários, está a corresponder muito bem. Só não concordo com o Serviço de assistência Social, porque me pareceu estar completamente desativado, apenas podendo responder a situações pontuais de abandono de doentes, isto conforme a lei em vigor sendo esta que está errada;” Q67
- . “Uma ou outra auxiliar precisa de formação, graças a Deus que a maioria satisfaz;” Q68
- . “Serviço rápido e eficaz. Limpo e organizado. Gerido por pessoas competentes e auxiliado por médicos, enfermeiros e técnicos que gostam do que fazem e dão o seu melhor, dia após dia;” Q73
- . “Que ainda tem de melhorar em alguns aspetos;” Q74
- . “Sendo a primeira vez que vim a este Hospital, levo dele uma imagem de competência e profissionalismo, com profissionais simpáticos e competentes. A demora que possa haver deve-se ao facto deste ser um Hospital Central e ter, conseqüentemente, muitos utentes;” Q75
- . “Os funcionários, médicos e enfermeiros devem tratar todos os utentes de igual modo, deixar de haver “Padrinhos” dentro do Hospital...;” Q80
- . “Tarifa do parque excessiva;” Q81
- . “Falta de fonte de internet;” Q81
- . “As expectativas foram boas e atingidas de um modo geral;” Q91
- . “ Na minha opinião não tive razões de queixa, tendo este serviço ido de encontro às minhas expectativas. Contudo ouvi várias pessoas queixarem-se do tempo de espera ser superior ao esperado;” Q97
- . “Parque de estacionamento tem que ser pago;” Q102
- . “Não se admite estar 3 horas à espera de um médico em pleno século XXI, ou somos um país de terceiro mundo. Muita demora, à espera do médico, as pessoas morrem e depois chamam pelo doente;” Q104
- . “Não se admite as casas de banho nas salas de espera estarem viradas para os utentes;” Q104
- . “Muito tempo de espera;” Q107
- . “ Insuficiente número de enfermeiros e auxiliares;” Q112
- . “Tempo para realização de exames complementares de diagnóstico muito extenso;” Q112
- . “Apoio social deficitário;” Q112
- . “Orientação de doentes para consultas externas muito pequena percentagem;” Q112
- . “Os médicos e enfermeiros são prestáveis e eficazes, o problema são as auxiliares que nem sempre estão disponíveis a colaborar com os utentes e algumas precisam de formação;” Q118
- . “De todas as vezes que frequentei o Hospital fui bem atendida, toda a equipa foi colaborante e prestável em todos os aspetos solicitados;” Q121
- . “As técnicas têm que ser mais simpáticas e carinhosas com os utentes;” Q122

- . “O serviço está bem estruturado no que respeita aos cuidados aos doentes (...) o SU funcionou perfeitamente na situação em causa, ficando muito satisfeita com o atendimento. No entanto, anteriormente, de madrugada e com pouca afluência, esperei muito tempo;” Q126
- . “Doentes vão para casa bastante mal, precisando de ficar internados, não ficam devido a questões essencialmente económicas;” Q144
- . “Devem deixar de olhar para parte monetária e olhar para a parte humana. Não faz sentido, pôr um paciente no OBS durante 8 horas, por fim dão alta ao paciente e encaminham para o médico de família para passar os exames quando ao estar no hospital deveriam ter feito os exames. Pois sendo, os exames já foram feitos várias vezes no hospital sendo doente com historial clínico (doente que toma varfina e foi operado a problemas intestinais!!! ;” Q148
- . “O SU do HB não tem motivo para crítica. Recorro a este Hospital e respeito quem trabalha;” Q150
- . “É muito demorado;” Q153
- . “Poucos médicos durante a noite;” Q157
- . “O tempo de espera para o médico dar alta é muito demorado, porque tem poucos médicos no turno da noite;” Q157
- . “Tempo de espera muito demorado. Os médicos deviam fazer menos pausas entre utentes. Acho que é inadmissível uma pessoa cheia de dores esperar 2 horas ou mais por uma consulta e outro tanto tempo pelos exames e resultados. O tempo de espera demasiado prolongado pode ser fatal;” Q166
- . “Parabéns!... Têm muito trabalho para poucos funcionários;” Q170
- . “Utilização dos computadores de trabalho para visualização do SLB... é inaceitável;” Q178
- . “Rácio enfermeiro/utente reduzido. Tempo de espera elevado. Alguma desorganização no serviço;” Q179
- . “Exames de diagnóstico nem sempre são suficientes para diagnosticar a lesão. No meu caso pessoal, acho que um Rx não é suficiente. Deveria ter feito uma ressonância;” Q179
- . “Demora muito tempo para a primeira observação médica, para realizar e para saber resultados de exames;” Q181
- . “A rapidez é uma variável incontrolável e provavelmente a que torna a avaliação deste Hospital má nesse aspeto;” Q183
- . “Poucos profissionais para muitos doentes;” Q187
- . “Gostei de tudo;” Q187
- . “Tempo de espera é muito longo, é desesperante;” Q188
- . “Falta de interesse por parte do médico para com a doente;” Q188
- . “Julgo e face experiência, que não haja procedimento definido que possa amenizar constrangimentos e confusões na sala de espera;” Q191
- . “O doente nunca deveria esperar para ir ao médico 2 horas ou mais, o máximo seriam 15 minutos;” Q195
- . Acesso muito difícil. 197
- . “Sala de espera sem grandes condições e sem cadeiras de rodas e macas para os doentes;” Q197

Tabela 32 - Críticas dos acompanhantes dos doentes adultos relativamente ao SU

BLOCO TEMÁTICO	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Atendimento	Tempo de espera demorado	. “É muito demorada a espera para a consulta”. Q2; Q5; Q8; Q10; Q11; Q27; Q29; Q41; Q48; Q49; Q62; Q75; Q97; Q104; Q107; Q126; Q153; Q166; Q179; Q181; Q183; Q188; Q195; Q218; Q220 . “O tempo de espera para saber resultados é elevado”. Q14; Q233 . “O tempo de espera para o internamento é elevado”. Q14 . ” O tempo de espera demorado para tratamento”. Q49 . “Tempo para realização de exames complementares de diagnóstico muito extenso”. Q112 . “O tempo de espera para o médico dar alta é muito demorado”. Q157 . “Demora muito tempo para saber resultados de exames”. Q181; Q233
	Inapropriado	. “Falta de interesse por parte do médico para com a doente”. Q188 . “A triagem é horrível, o pessoal muito mal preparado, respondem mal, explicam pior”. Q209
	Ineficaz	. “Nem sempre o serviço foi eficaz. Q62 . “Doentes vão para casa bastante mal, precisando de ficar internados, não ficam devido a questões essencialmente económicas”. Q144; Q148
	Falta de informação doente/acompanhante	. ” Não percebi nada do que o médico disse, era espanhol”. Q36 . “Falta de informação por parte do médico”. Q58 . “Falta de informação do tempo de espera”. Q218
	Iniquidade	. “Os funcionários, médicos e enfermeiros devem tratar todos os utentes de igual modo”. Q80
Organização	Falta de recursos humanos	. “Deveria haver mais médicos a atender os utentes”. Q36; Q60; Q157; Q219; Q220 . “Insuficiente número de enfermeiros”. Q112; Q179; Q220 . “Insuficiente número de auxiliares”. Q112; Q220 . “Poucos profissionais para muitos doentes”. Q187; Q218
	O acesso à alimentação	. “As máquinas à disposição para os utentes são confusas nem têm alimentos saudáveis”; Q36 . “Doentes demasiado tempo sem refeição”; Q12; Q36
	Custos do parque de estacionamento	. “Tarifa do parque excessiva”. Q81; Q218 . “Parque de estacionamento tem que ser pago”. Q102
	Apoio social deficitário	. “Apoio social deficitário”. Q67; Q112
Estrutura física e material	Espaço / Equipamento inadequado e inapropriado	. “As cadeiras da sala de espera não deveriam estar direcionadas para o WC”. Q32; Q36; Q104 . “As cadeiras na sala de espera são desconfortáveis”. Q218; Q223; Q197 . “Falta de fonte de internet”. Q81 . “Utilização dos computadores de trabalho para visualização do SLB... é inaceitável”. Q178 . “Sem cadeiras de rodas e macas para os doentes”. Q197 . “A sinalética de acesso às urgências é muito pouco visível. Q218. A limpeza do chão na sala de espera é muito má”. Q219

. “Triagem é horrível, o pessoal muito mal preparado, respondem mal, explicam pior, enfim, estou muito triste;”
Q209

. “Só em caso de muita gravidade é que aconselho um familiar a dirigir-se a este SU (não pelo atendimento humano) mas pelas condições em que os utentes esperam, muitas vezes enlatados nas salas de espera, pela falta de informação e tempo de espera longo. Com estas condições físicas o serviço deveria ser de excelência se não fosse a falta de profissionais de saúde como se constata e a organização exterior;” Q218

. “A sinalética de acesso às urgências é muito pouco visível levando ao engano. A distância do autocarro até às mesmas é longa e sem condições. O acesso ao parque de estacionamento é exíguo para quem vai doente/acompanhante. O parque muito caro, tendo em conta o tempo de espera. Quem vai de carro tem de deixar o doente só e ir estacionar o mesmo (longe muitas vezes). Por tudo isto eu sugeria que o “Hospital” refletisse as suas políticas, que viessem para o lugar dos doentes/acompanhantes e tirassem daí as suas ilações;”
Q218

. “Falta de médicos na urgência;” Q219

. “A limpeza do chão na sala de espera é muito má;” Q219

. “É nítida a falta de pessoal médico, enfermagem e auxiliares;” Q220

. “Num hospital com esta dimensão, expectava-se que o tempo de espera não fosse tanto. Q220

. “Na altura que os doentes estão a receber o soro não tem grandes condições, pois tem de estar sentados numa cadeira normal ali horas seguidas;” Q223

. “Correu tudo bem;” Q225

. “Atendimento muito demorado para urgências, muito tempo de espera para exame e obtenção de resultados;”
Q233

APÊNDICE L – Transcrição das sugestões

SUGESTÕES

- Menos tempo de espera. Q7
- Mais rapidez no atendimento. Q10
- O tempo de espera poderia ser gerido através de um placar informativo... de forma a que quando os utentes entrassem na urgência ficariam informados do tempo que têm de esperar para ser atendidos, de acordo com a cor atribuída e afluência. Q15
- Reduzir o tempo de espera. Q16
- Separar os doentes com febre dos que não têm. Q16
- Ter mais médicos no atendimento. Q17
- As análises poderiam ter resultados menos morosos. Q17
- Os médicos poderiam ser mais humanos e atenciosos, e poderiam ser mais comunicativos e explícitos. Q17
- Mais eficiente e maior desempenho. Q26
- Em relação aos familiares dar-lhes as informações necessárias quando estas as pedem. Q31
- Os utentes deveriam ser informados do tempo de espera aquando da realização de exames. Q36
- Aos utentes que estão horas à espera de resultados dos exames os auxiliares deveriam servir alguma coisa para comerem, tipo bolachas e chá ou leite, para não estarem imenso tempo de jejum. Q36
- As cadeiras na sala de espera para consulta médica não deveriam estar viradas para as casas de banho. Q36
- Mais profissionais de saúde no atendimento. Q41
- Mais atenção médica, maior profissionalismo e empenho. Q41
- Maior rapidez no atendimento e mais informação. Q44
- Mais pessoal, tanto de médicos, como de enfermagem e auxiliares. Q44
- Talvez estando aqui nas horas das refeições oferecer uma sopa ao doente. Q45
- O atendimento dos pacientes de cor verde e amarela deveria ser por ordem de chegada ao hospital. Q48
- Deviam de ter pelo menos mais um médico a atender as pessoas, para que estas não fiquem 5 horas à espera de ser atendidas. Q60
- Atendimento mais rápido. Q61
- Uma ou outra auxiliar precisa de formação. Q68
- Tempo de espera é muito é preciso mais profissionais. Q70
- O parque de estacionamento não deveria ser cobrado. Q78

- Consultas externas com mais frequência (espera-se muito tempo por vagas). Já esperei 3 anos por uma consulta de dermatologia. Q78
- Os funcionários, médicos e enfermeiros devem tratar todos os utentes de igual modo, deixar de haver “Padrinhos” dentro do Hospital... Q80
- Ter água (de preferência natural) nas máquinas de venda (visto que está sempre esgotada). Q81
- Ter acesso à internet. Q81
- Reduzir à tarifa do parque. Q81
- Melhorar o tempo de espera entre a triagem e o atendimento médico. Q91
- Deveriam servir uma sopa ou chá para quem está nas urgências tantas horas à espera. Q93
- Aumentar o número de profissionais no Serviço de Urgência. Q95
- Melhorar o atendimento no Serviço de Urgência. Q93
- Melhoria das salas de espera. Q97
- Melhoria da comunicação, sobre a situação do utente, feita aos familiares enquanto aguardam. Q97
- Diminuir aos tempos de espera para observação médica e resultados de exames. Q97
- Não pagar parque de estacionamento. Q102
- As casas de banho não deveriam estar viradas para os utentes. Q104
- Diminuir aos tempos de espera. Q107
- Atendimento mais personalizado. Q112
- Tempo de triagem mais breves. Q112
- Formação pessoal/psicológica por parte dos profissionais de saúde adequada para correto apoio ao doente e familiares. Q112
- Estabelecer prioridades quando escassez de recursos. Q112
- Alimentação e posicionamentos dos doentes adequados. Q112
- Evitar comentários impróprios junto do doente e de outros doentes e familiares. Q112
- Medidas de conforto/analgesia como prioridade. Q112
- Investir numa Medicina de Prevenção à data da alta com esclarecimentos por parte da Equipa de Enfermagem e Equipa Médica, apostar no reeducar os utentes. Q112.
- Deveriam existir jornais atualizados para ajudar a passar melhor o tempo de quem acompanha os doentes. Q115
- Aumentar ao número de enfermeiros. Q117

- Mais rapidez nos resultados dos exames. Q118
- Mais colaboração da parte das auxiliares no auxílio de utentes da 3ª idade. Q118
- Que o Serviço de Urgência melhore e que não demore tanto tempo no atendimento do doente. Q120
- O tempo de espera pelo resultado de análises e muitas vezes de exames deveria ser mais curto. Q120
- A única sugestão será melhorar o tempo de espera em relação aos resultados de exames médicos que é no mínimo de 3 horas, o que acho que é um pouco demorado para os tempos que correm. Q121
- Tem que melhorar alguns técnicos em serem mais simpáticos e carinhosos com os doentes. Q122
- Mais rapidez no atendimento que é muito demorado. Q153
- Mais médicos. Q153
- Ter mais médicos no turno da noite, para diminuir ao tempo de espera desde a triagem até à observação médica. Q156
- Melhorar os serviços de urgência de noite. Q156
- Ter mais médicos e enfermeiros nos serviços de urgência. Q157
- Diminuir ao tempo de espera para o médico dar alta ao paciente. Q157
- Mais profissionais de saúde. Q170
- Maior rapidez no resultado dos exames. Q175
- Melhor explicação da condição de doente. Q175
- Melhor qualidade de atendimento a nível médico. Q176
- Melhor organização e rapidez de resposta para atendimento dos utentes. Q176
- Parque de estacionamento gratuito ou aproveitamento do valor pago para investimento em melhoria dos serviços e nos cuidados dos doentes. Q177
- Criando mais lugar para médicos e enfermeiros. Q177
- Mais e melhores medicamentos para tratamentos de doenças graves. Q177
- Mais eficaz relativamente ao tempo de espera e maior rapidez para o início do tratamento. Q178
- Aumentar ao número de profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, e desta forma espera-se uma maior rapidez e qualidade nos cuidados prestados. Q179
- A equipa da triagem deveria/poderia em certos casos evidentes de necessidade de exames de diagnóstico, prescrever mesmo antes da consulta médica e assim o tempo de espera era menor e seria uma forma eficaz de agilizar todo o trabalho da equipa multidisciplinar. Q179
- O tempo de espera podia ser melhor. Q181
- Maior disponibilidade em indicar a área certa a cada utente após a triagem. Q183

Tabela 33 – Sugestões que alguns inquiridos registaram nos seus inquéritos

BLOCO TEMÁTICO	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Ao nível do atendimento	Diminuir o tempo de espera	- “Reduzir o tempo de espera para atendimento”. Q7; Q10; Q16; Q44; Q61; Q97; Q120; Q153; Q 176; Q192; Q198; Q210; Q211 - “Diminuir aos tempos de espera para resultados de exames”. Q17; Q97; Q118; Q121; Q175; Q194; Q198; Q211 - “Diminuir aos tempos de espera”. Q107; Q178; Q181 - “Tempo de triagem mais breves”. Q112 - “Maior rapidez para o início do tratamento”. Q178
	Informação	- “Dar aos acompanhantes as informações necessárias” (...). Q31; Q97 - “Os utentes deveriam ser informados do tempo de espera aquando da realização de exames”. Q36 - “Mais informação”. Q44 - “Melhor explicação da condição de doente”. Q175 - “Explicar procedimentos, exames e tratamento”. Q196 - “Melhor comunicação entre médicos e utentes”. Q210
Organização	Recursos humanos	- “Ter mais médicos”. Q17; Q44; Q60; Q153; Q156; Q157; Q177 - “Mais enfermeiros”. Q44; Q117; Q157; Q177 - “Mais auxiliares”. Q44; - “Mais profissionais de saúde”. Q41; Q70; Q95; Q170; Q179; Q186
	Formação pessoal e/ou profissional dos profissionais	- “Os médicos poderiam ser mais humanos e atenciosos”. Q17 - “Mais eficiente e maior desempenho”. Q26 - “Mais atenção médica, maior profissionalismo e empenho”. Q41, Q176 - “Auxiliares precisam de formação”. Q68; Q118 - “Melhorar o atendimento no Serviço de Urgência”. Q93 - “Atendimento mais personalizado”. Q112 - “Formação pessoal/psicológica por parte dos profissionais de saúde adequada para correto apoio ao doente e familiares”. Q112 - “Investir numa Medicina de Prevenção à data da alta com esclarecimentos por parte da Equipa de Enfermagem e Equipa Médica, apostar no reeducar os utentes”. Q112. - “Evitar comentários impróprios junto do doente e de outros doentes e familiares”. Q112 - “Tem que melhorar alguns técnicos em serem mais simpáticos e carinhosos com os doentes”. Q122 - “Maior disponibilidade em indicar a área certa a cada utente após a triagem”. Q183 - “Mais atenção no diagnóstico”. Q210
	Alimentação	- “Servir comida na hora das refeições”. Q36; Q45; Q93; Q112 - “Ter água, de preferência natural, nas máquinas de venda”. Q81
	Acesso e Parque de estacionamento	- “Não pagar parque de estacionamento”. Q78; Q102; Q177; - “Reduzir à tarifa do parque de estacionamento”. Q81; Q201; Q224 - “Parque de estacionamento com via verde”. Q224 - “Melhores acessibilidades desde o autocarro até ao Serviço de urgência”. Q220
Estrutura Física e Material	Espaço / Equipamento	- “O tempo de espera poderia ser gerido através de um placar informativo”. Q15 - “As cadeiras, na sala de espera para consulta médica, não deveriam estar viradas para as casas de banho”. Q32; Q36; Q104; - “Ter acesso à internet”. Q81 - “Melhoria das salas de espera”. Q97 - “Deveriam existir jornais atualizados nas salas de espera”. Q115 - “Devem melhorar a qualidade das cadeiras de rodas”. Q201 - “Melhorar a sinalética existente”. Q183; Q211

- Maior/melhor sinalética a fim de informar as zonas de atendimento (exemplo: setas indicativas nas paredes ou quadro informativo). Q183

- Mais profissionais. Q186
- Atender mais rápido os doentes. Q192
- Melhoria do tempo de obtenção de resultados de exames realizados. Q194
- Gostaria que fossem mais atenciosos no que toca a explicação de procedimentos que tomam, nomeadamente que tipo de análises estão a fazer, que medicação está a administrar. Q196
- Menos tempo de espera entre consulta e exames. Q198
- Devem melhorar a qualidade das cadeiras de rodas. Q201
- Os parques de estacionamento deveriam ter preços simbólicos para quem se desloca ao Hospital para urgências e /ou consultas. Q201
- Mais rapidez no atendimento. Q210
- Melhor comunicação entre médicos e utentes. Q210
- Mais atenção no diagnóstico. Q210
- Tempo de espera para o médico e realização de exames deveria ser menos. Q211
- Melhorar a sinalética existente. Q211
- Num serviço de urgência, sei que às vezes é difícil, deve do pessoal que recebe os doentes, nem que seja um grande esforço, da forma mais prestável possível pois quem recorre a este serviço não é para passar o tempo mas para ser tratado. Q213
- Melhores acessibilidades desde o autocarro até ao Serviço de urgência. Q220
- Parque de estacionamento devia ser mais barato e ter via verde. Q224

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para realização do projeto de investigação



N/ Referência: 060/2013

Exmo Senhor:
Enf. Margarida Lopes
Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde

ASSUNTO: Autorização para a realização do Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: *“Satisfação do Acompanhante do doente que recorre ao Serviço de Urgência”*

Exma. Senhora,

Em resposta ao pedido de V.Exa., referente ao assunto mencionado em epígrafe, Informa-se o deferimento da Comissão Executiva do Hospital de Braga emitido em 10 de Fevereiro de 2014 ao projecto apresentado, considerando o parecer da CESHB que entendeu nada ter a opor do ponto de vista ético.

Com os melhores cumprimentos,

O Administrador Executivo

José Luis de Carvalho