



Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

Vera Lúcia Soares Silva

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde.

Orientada por:

Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais

Professor Doutor Rui de Assunção Esteves Pimenta

Viana do Castelo, maio de 2017



Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

Vera Lúcia Soares Silva

Orientada por:

Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais

Professor Doutor Rui de Assunção Esteves Pimenta

Viana do Castelo, maio de 2017

“Se os doentes percecionam que o técnico de saúde se preocupa com ele e parece compreendelos ficam mais satisfeitos e avaliam os cuidados como mais positivos”

Maria da Luz Melo

Resumo

A comunicação é uma atividade humana básica sendo a necessidade de comunicar inata e universal. A relevância da problemática inscreve-se ainda num contexto em que se assume que é impossível não comunicar, pois todo o comportamento comunica algo.

Em saúde, os processos de comunicação, são de extrema importância uma vez que estão relacionados com as várias áreas e contextos de saúde, com a relação que os profissionais de saúde estabelecem com os utentes e com a satisfação dos mesmos. Na atualidade a satisfação dos utentes com as instituições de saúde apresenta-se como um indicador fundamental na determinação de aspetos a melhorar e a aperfeiçoar de forma prioritária.

Com o presente estudo, quantitativo, transversal e descritivo correlacional, pretendemos avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde num hospital integrado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), da Região Norte do país. Para o efeito recorremos à aplicação de um questionário designado “Avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde”, construído e validado para a população portuguesa (Santos, 2013).

O questionário foi aplicado a uma amostra de 204 utentes dos serviços de medicina e cirurgia (consulta e internamento), tendo-se definido um nível de significância de 5%. A população inquirida é maioritariamente do sexo feminino 59.8%, residente em meio urbano 67.6% e com idade média \pm desvio padrão (DP) de 43.58 ± 15.83 anos, variando entre 19 e 83 anos. Verifica-se uma heterogeneidade de habilitações académicas, em que 23.5% possui o 1º ciclo e 23% um curso superior.

Em termos de resultados constatou-se que, o instrumento aplicado obteve um alfa de *Cronbach* de 0.871, indicando uma fiabilidade moderada a elevada, sendo que a dimensão da satisfação com maior valor médio foi o “Respeito” ($\bar{x} = 4.161 \pm DP = 0.705$) e com menores valores médios a “Resolução de Problemas” ($\bar{x} = 2.495 \pm DP = 1.245$) e “Material de Apoio” ($\bar{x} = 2.962 \pm DP = 1.023$) Verificaram-se diferenças estatísticas significativas na satisfação em relação ao número de contactos e em relação à área de residência.

Em síntese, concluímos que, a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde foi positiva. Recomendando-se, contudo, a introdução de medidas de melhoria relacionados com as dimensões “Material de Apoio” e “Resolução de Problemas”, por forma a aumentar o nível de satisfação.

Palavras-chave: Satisfação com a comunicação; comunicação e saúde.

Resumen

La comunicación es una actividad humana básica y la necesidad de comunicar innata y universal.

La relevancia del problema todavía es parte de un contexto en el que se supone que es imposible no comunicarse porque todo el comportamiento comunica algo.

En salud, los procesos de comunicación son extremadamente importantes ya que están relacionadas con las diferentes áreas de salud y contextos, con la relación que los profesionales sanitarios tienen con los usuarios y su satisfacción. Desde hoy la satisfacción de los usuarios con las instituciones de salud se le presenta un indicador clave en la determinación de los aspectos a mejorar y perfeccionar una prioridad.

Con este estudio, cuantitativo, transversal y descriptivo correlacional, tenemos la intención de evaluar la satisfacción del usuario en la comunicación con los profesionales de la salud, un hospital integrado en una institución privada de Solidaridad Social (IPSS), el norte del país, para este fin se utilizó la aplicación de un cuestionario llamado "la evaluación de la satisfacción del usuario en la comunicación con los profesionales de la salud", construida y validada para la población portuguesa (Santos, 2013).

El cuestionario se aplicó a una muestra de 204 usuarios de los servicios médicos y quirúrgicos (consulta y hospitalización), después de haber establecido un nivel de significación del 5%. La población informadora mayoría femenina es del 59,8% reside en zonas urbanas y el 67,6% con una edad media \pm desviación estándar (DE) de $43,58 \pm 15,83$ años, que oscila entre los 19 y 83 años. Hay una diversidad de títulos académicos, en el que el 23,5% tiene el 1er ciclo y el 23% de un curso de educación superior.

En cuanto a los resultados se encontró que el instrumento aplicado obtuvo un alfa de Cronbach de 0,871, lo que indica una alta fiabilidad moderada, y la dimensión de satisfacción con promedio más alto fue el "respeto" ($\bar{x} = 4.161 \pm DP = 0.705$) y los valores medios más bajos "Solución de problemas" ($\bar{x} = 2.495 \pm DP = 1.245$) y "material de apoyo" ($\bar{x} = 2.962 \pm DP = 1.023$) había diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con el número de contactos y en relación con la zona de residencia.

En resumen, se concluye que la satisfacción de los usuarios en la comunicación con los profesionales de la salud fue positiva. Se recomienda, sin embargo, la introducción de medidas de mejora relacionadas con las dimensiones "material de apoyo" y "Solución de problemas" con el fin de aumentar el nivel de satisfacción.

Palabras clave: Satisfacción con la comunicación; comunicación y la salud.

Abstract

The communication is one of the human basic activities, so the need for communication is itself innate and universal. The relevance of the problematic is still part of a context in which it is assumed that it is impossible not to communicate, because all behavior communicates something.

The communication process in the healthcare system have high importance, because they are related with several areas and contexts of the healthcare, namely with the relationship established by the healthcare professionals with the users and their satisfaction. In the present, the satisfaction of the users with the healthcare institutions is one fundamental indicator when the healthcare institutions are improving their services.

With the present study, quantitative, transversal and descriptive correlational, we pretend to evaluate the user satisfaction with the communication with the healthcare professionals, in a integrated hospital on a Private Social Solidarity Institution (IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social), located in the north region of our country. To be effective we used the questionnaire "Evaluation of user satisfaction in communication with health professionals" created and validated for the Portuguese population (Santos, 2013).

The questionnaire was applied to a sample of 204 users of the medical and surgical services (consultation and hospitalization), was defined a significance level of 5% for it. The surveyed population was mostly female (59.8%), resident in urban environment (67.6%) and with an average age \pm standard deviation (DP) of 43.58 ± 15.83 years, ranging from 19 to 83 years old. There is heterogeneity of academic qualifications, of which 23.5% have the primary school and 23% have a university degree.

In terms of results, it was found that the applied instrument obtained a Cronbach's alpha of 0.871, indicating good reliability and the dimension of satisfaction with the highest average value was the "Respect" ($\bar{x} = 4.161 \pm DP = 0.705$) with the medium values was the "Problems Solving" ($\bar{x} = 2.495 \pm DP = 1.245$) and the "Material Support" ($\bar{x} = 2.962 \pm DP = 1.023$). There were only statistically significant differences in satisfaction regarding the number of contacts and in relation to the area of residence.

In summary, we conclude that the satisfaction of the users with the communication with healthcare professionals was positive. However, the introduction of improvement measures related to the dimensions "Supporting Material" and "Problems Solving" is recommended, in order to increase the level of satisfaction.

Keywords: Satisfaction with the communication; Communication and health.

Agradecimentos

Aos meus pais e à minha irmã, por todo o apoio que me deram, ao meu namorado pela paciência e pelo incentivo, e à minha prima por estar sempre presente.

À Professora Doutora Carminda Morais e ao Professor Doutor Rui Pimenta, meus orientadores, por toda a disponibilidade demonstrada, pelo incentivo, pelas palavras e orientações dadas que me permitiram alcançar os meus objetivos.

Ao Professor Ilídio Pereira, pela cooperação no processo inerente à leitura ótica dos instrumentos.

Por fim, e não menos importante, a todos os que de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

A todos o meu muito obrigado.

Abreviaturas e Siglas

CNV - Comunicação não-verbal

CV - Comunicação verbal

DGS – Direção Geral da Saúde

E – Empatia

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MA - Material de apoio

SNS - Serviço Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional da Saúde

R - Respeito

RP - Resolução de problemas

Índice

Resumo	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Agradecimentos	vi
Abreviaturas e Siglas	vii
Índice de Tabelas	x
Índice de Figuras	xi
Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
1. Comunicação e Saúde	4
1.1. Comunicação Humana	6
1.2. Conceitos da Comunicação	6
1.3. Comunicação em Saúde	9
1.4. Satisfação do utente	11
1.5. Avaliação da satisfação do utente	12
1.6. Avaliação da satisfação do utente em relação à comunicação com os profissionais de saúde	12
Parte II – Estudo Empírico	15
2. Metodologia	Erro! Indicador não definido.
2.1. Justificação da problemática	16
2.2. Questões de investigação, finalidade e objetivos	16
2.3. Tipo de estudo	17
2.3. População e Amostra	18
2.4. Variáveis	18
2.6. Hipóteses	20
2.7. Instrumentos de recolha de dados	20
2.8. Procedimentos estatísticos	21
2.9. Procedimentos formais e éticos	22
3. Resultados	23
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	23
3.2. Análise das frequências	24
3.4. Fiabilidade do instrumento	25
3.5. Efeito em cada uma das variáveis correspondentes aos dados sociodemográficos da amostra	27
4. Discussão e Análise dos Resultados	29
5. Conclusões	Erro! Indicador não definido.

Referências Bibliográficas	36
Anexos	41

Índice de Tabelas

Tabela 1: Operacionalização da Variável Dependente	19
Tabela 2: Operacionalização das Variáveis Independentes	19
Tabela 3: Distribuição absoluta e percentual dos elementos da amostra segundo o sexo, as habilitações literárias e a área de residência	23
Tabela 4: Análise das frequências dos itens do instrumento construído e aplicado	24
Tabela 5: Análise da consistência interna dos 25 itens	25
Tabela 6: Análise da consistência interna da Satisfação Global de cada uma das dimensões	26
Tabela 7: Resultado da correlação da pontuação total dos 25 itens das dimensões com a pontuação total de cada uma das dimensões.	27
Tabela 8: Médias, desvio padrão e média padronizada de cada dimensão da satisfação na comunicação com os profissionais de saúde	27
Tabela 9: Validação das hipóteses	29
Tabela 10: Correlação de Spermán aplicada à variável número de contactos estabelecidos	29

Índice de Figuras

Figura 1: Conteúdos e processos de comunicação 10

Figura 2: Dimensões para avaliar a satisfação na comunicação com os profissionais de saúde...13

Introdução

A comunicação assume-se hoje como um elemento do conhecimento de diversas áreas do saber. Dependendo de cada área, pode espelhar uma experiência diferente, seja ela das tecnologias da informação, dos estudos linguísticos e semióticos, dos estudos mediáticos e sociais, da psicologia ou da reflexão filosófica. Sendo que, a comunicação pode ser comparada à respiração, ainda que não se queira, não se pode parar de comunicar. A comunicação é, portanto, uma função vital do ser humano.

A qualidade da comunicação em saúde tem vindo assim, a merecer uma gradual e prioritária atenção, a par do que acontece na atividade económica. O próprio conceito evoluiu, na direção da satisfação dos indivíduos ou populações, surgindo os conceitos de qualidade e satisfação do cliente/utente cada vez mais interligados. Compreendendo abordagens técnicas de estrutura, processo e resultados, assim como de serviços, relações interpessoais do atendimento, a qualidade em saúde tem destacado a prioridade de intervenção na acessibilidade dos serviços, personalização dos cuidados, acolhimento, acompanhamento e continuidade dos cuidados.

Na melhoria da prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Para tal, é imprescindível escutar as opiniões emitidas pelos utentes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Pisco, 2001 cit. In Ribeiro, 2005). A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do utente na construção de um Serviço à sua medida, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados.

A satisfação dos utentes com os cuidados prestados, constitui uma realidade constante na medida em que a opinião do utente é imprescindível para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, permitindo uma melhoria contínua desses cuidados.

Uma das preocupações crescentes nas organizações de saúde, tendo em conta o contexto atual, é a qualidade dos cuidados de saúde, em que a avaliação da satisfação dos utentes se torna fundamental.

Corroboramos Vinagre e Neves (2008) (cit. Por Pimentel (2010, p.1) que “realçam a qualidade do serviço e a satisfação do utente como objetivos fundamentais nas organizações modernas, e nos serviços públicos também devidamente empenhados nestes objetivos”. Sendo que Marques (2010, p.51), refere que a “satisfação utente/cliente passou a ser relevante, como campo de investigação no âmbito da gestão dos serviços de saúde e, aos mesmo tempo, uma necessidade para as organizações de saúde que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e em simultâneo a sua imagem”.

Nas Instituições de Saúde a satisfação dos utentes, ou melhor a perceção dos utentes acerca da realização das suas expectativas, constitui um dos parâmetros a considerar na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Ao estimarmos essa satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados, na perspetiva dos utentes.

O grau de satisfação do cliente de acordo Ferreira, Raposo e Godinho (2005) deve ser encarado com um valor balizador da conduta dos profissionais de saúde, devendo esta ser orientada para as necessidades e desejos do utente. Toda a política da qualidade em saúde, para ser eficaz, tem de se basear em informação fiável e atual sobre o desempenho das unidades de prestação de cuidados. Torna-se assim necessário manter uma postura de constante medição, através de instrumentos cientificamente adaptados e validados para o contexto e para a realidade que é objeto de medição.

A problemática a que nos propusemos estudar nesta investigação, embora seja crucial nas organizações, em particular nas de saúde, dispõe-se de reduzida evidencia científica, relevando-se de grande proveito o presente estudo.

O interesse no estudo é ainda maior na medida em que desempenho a minha atividade laboral como profissional de saúde numa IPSS, que presta cuidados de saúde em regime de convenções e que, por tal, compete no mercado com outras organizações.

Assim, a presente investigação tem por finalidade contribuir para a melhoria da satisfação dos utilizadores da instituição de saúde analisada, tratando-se de uma problemática estruturante para a gestão da organização de saúde.

Para o efeito, partimos de questões de investigação, que foram objeto de estudo no âmbito da satisfação com a comunicação entres os utentes e os profissionais de saúde, apresentadas de seguida. Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte? Qual a satisfação dos utentes femininos e masculinos na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte? Qual a satisfação dos utentes e acompanhantes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte? Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte segundo a escolaridade? Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte segundo a área de residência? E qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte, segundo a frequência de contactos estabelecidos?

Assim, estruturamos o presente trabalho em duas partes, uma teórica e outra empírica. O enquadramento teórico foi sustentado numa revisão bibliográfica atual, para uma melhor compreensão do tema em estudo, referente à comunicação em saúde e satisfação do utente. A parte empírica engloba a metodologia utilizada para a realização do estudo, seguindo-se dos resultados encontrados e discussão dos mesmos. Por fim, são explanadas as limitações do estudo, direções futuras e as conclusões.

Parte I

Enquadramento Teórico

1. Comunicação e Saúde

Tem-se assistido, um pouco por todo o mundo, a uma evolução da comunicação na área da saúde, mais intensamente nos últimos 20 anos (Ruão, Lopes & Marinho, 2012). Neste sentido, pode-se afirmar que a comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde.

Existem numerosas definições para a comunicação em saúde, segundo Fishhoff & Noel, 2010 “A arte ou a técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões da saúde, o objetivo, inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde, gestão dos cuidados de saúde, bem como o aumento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade”, ou ainda segundo Shiavo, 2012 “A comunicação em saúde é e tem uma abordagem multifacetada relacionada com a informação, pretende atingir diferentes públicos na saúde, tem como objetivo influenciar, envolver e apoiar indivíduos, profissionais de saúde, comunidades, decisores políticos e o público, de forma a introduzir, adotar, ou manter um comportamento, prática ou política que em última instância melhore os resultados em saúde.”

Hoje em dia o objetivo da comunicação em saúde inclui a prevenção da doença, a promoção da saúde, políticas de saúde, cuidados de saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade (Healthy, 2010). Esta temática, enquanto força motora na dinâmica de disseminação de uma ideia eficaz, impõe uma profunda compreensão e conhecimento de fatores multidimensionais, nomeadamente sobre as preferências, sobre as perceções, sobre as necessidades, sobre grupos de referências e os padrões da população alvo (Moreira, 2004).

Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos e rápidos a entrevista e o contacto pessoal continuam a ser instrumentos de eleição através dos quais, os profissionais de saúde conseguem aceder aos problemas do utente. Os utentes são, efetivamente, os especialistas dos seus próprios sintomas, cabendo aos profissionais de saúde, ouvir as suas histórias e compreender a sua perspetiva acerca dos seus problemas de saúde (Moniz & Barros, 2005).

Embora haja um longo caminho a percorrer, a comunicação como função estratégica nas organizações de saúde tem vindo a ser uma realidade cada vez mais presente em Portugal. Ganhou relevância “não só porque contribui para expressar a identidade da organização e criar um clima positivo e saudável entre os diferentes públicos e a organização, mas porque já é considerada como uma das principais armas para a prevenção, promoção e educação para a saúde, que se reflete na melhoria da qualidade de vida de cidadãos, famílias e comunidades” (Barros & Gomes, 2011, p. 3074).

A saúde é hoje encarada como um sistema, com diversos níveis de intervenção, com organização específica a cada nível, que possui métodos de avaliação específicos e objetivos em termos de eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Não existe acordo sobre o modelo ideal de organização ou mesmo sobre as responsabilidades quanto à saúde das populações. A diversidade de interações vem da dificuldade

da definição de saúde e das diferentes posições teóricas e políticas sobre a saúde e os tipos de organização.

As organizações podem ser definidas como conjuntos de pessoas que trabalham de forma coordenada para atingir objetivos comuns (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2007, p. 38).

Na opinião de Berlo (2003), uma organização de qualquer espécie só é possível por meio da comunicação. É exatamente a comunicação entre os elementos que faz do seu conjunto uma organização e não elementos à parte, isolados e desorganizados.

As características de cada sistema de saúde dependem das condições, políticas e socioeconómicas dos países, da história e do grau de influencia que exercem os diversos grupos de interesse na sua definição. Para que um sistema de saúde seja, um sistema apoiado, tem de ir ao encontro das necessidades e das expectativas da população em matéria de saúde. Deve incorporar na sua filosofia de valores, objetivos gerais e funções específicas para orientar e conduzir as políticas de saúde no âmbito de um governo que envolva a sociedade civil, o setor social e o setor privado. Isto só se consegue base a liderança máxima impuser liderança moral baseada numa visão clara e com valores explícitos para o sistema de saúde (Biscoe, 1997).

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde, define-se pelo conjunto de instituições e serviços que independentemente da natureza jurídica, tem como objetivo prestar à população cuidados de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doença, reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes, envolvem informação sobre o funcionamento dos serviços, informação sobre assuntos relacionados com a saúde e formas de a manter e promover, tendo em conta o limite dos recursos técnicos, humanos e financeiros disponíveis. Integram, assim, o sistema de saúde português as várias instituições prestadoras de cuidados e que podem ter um carácter público, privado, de solidariedade social sem fins lucrativos que completam a oferta em cuidados de saúde (Frederico, 2000).

O conceito de equipa de saúde dentro da organização (centro de saúde, hospital ou serviço) é hoje uma realidade estrutural de qualquer sistema de saúde, sendo entendida com uma dinâmica e não como um fundamento monolítico. Os profissionais de saúde estão sujeitos a processos psicológicos e emocionais comuns, subjacentes às suas práticas que tendem a substituir o interlocutor individualizado, na relação com o utente (Instituto Português da Qualidade, 2004).

O utente tornou-se a palavra mais consensual que encerra a utilização alargada dos serviços de saúde, este surge como um compromisso entre o tradicional doente e o cliente, o utente é, somos todos nós, quando recorremos a qualquer serviço de saúde. O seu papel na assistência que lhe é prestada nos serviços de saúde tem-se modificado ao longo do tempo. Sendo cada vez mais crítico relativamente à qualidade das relações com os profissionais de saúde. Passou de mero espectador para participante ativo, cuja opinião deve ser valorizada (Healthways, 2003).

Hoje em dia o Sistema de Saúde tem como desafio não só proporcionar um melhor acesso dos serviços de saúde aos utentes, mas também desenvolver um funcionamento de melhor qualidade, onde coincidem a satisfação do utente na avaliação da satisfação e a gestão rentável das instituições (Direção Geral de Saúde, 2004).

1.1. Comunicação Humana

A comunicação humana é um processo de interpretação, construção e partilha do mundo (conhecimentos, experiências, sentidos e sentimentos, etc.) processo esse que, no âmbito das sociedades humanas, garante a cooperação, ou êxito, nas iniciativas dos seus membros (Beebe, Beebe, Ivy, & Watson, 2005) e integra todos os elementos (signos, símbolos ou ícones) cujo sentido foi produzido e interpretado num dado contexto cultural (Adler & Rodman, 2006).

A comunicação interpessoal é especial, pertence à chamada díade: envolve dois participantes, que num modelo transacional, seria apresentada por um emissor e um recetor que simétrica e continuamente trocasse de papéis, mas a comunicação só é interpessoal quando dois interlocutores se tratam mutuamente como indivíduos únicos (Beebe et al., 2005). A comunicação interpessoal é uma forma privilegiada que cada um de nós se serve para estabelecer relações. Para além de serem mais numerosas ao longo da nossa vida, as primeiras em que nos envolvemos, atribuímos-lhe um papel fundamental no desenvolvimento das nossas personalidades, na gestão das nossas relações com os outros e, inclusive no nosso próprio bem-estar. Esta díade não se circunscreve às relações de intimidade pessoal, mas também ocorre no âmbito profissional (Santos, 2011).

No presente os indivíduos mantêm múltiplas pertenças e redes transacionais, desenvolvem novas formas de relações sociais e interculturais, novas práticas de cidadania, conquistando novos direitos, mas conhecendo também outros conflitos e problemas de comunicação. O aumento da globalização e de multiculturalidade faz com que as sociedades e as diferentes instancias sociais sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cultural, o que exige uma adoção de estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural e sanitária.

1.2. Conceitos da Comunicação

A preocupação com a comunicação é possivelmente tao antiga como o próprio homem.

A comunicação não se restringe apenas às palavras, mas também ao que elas representam, tudo é comunicação, as nossas atitudes, comportamentos, os nossos hábitos, o sucesso ou fracasso no trabalho, ou pelo menos é uma tentativa de atingi-la (Monteiro, Caetano, Marques & Lourenço, 2006).

A comunicação assume-se hoje como um constituinte do conhecimento de diversas áreas do saber, na saúde é estratégia básica para a humanização da assistência, que consiste em perceber cada ser humano como individuo único, com necessidades especificas, desenvolvendo o diálogo entre profissionais de saúde e utentes. É um sistema dinâmico interativo e irreversível o qual viabiliza a permanente interação, coexistência e atuação do individuo com o outro. É um processo de criação e de recriação de informação, troca, de partilha e coloca em comum, emoções e sentimentos entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

O processo de comunicação consiste em formas verbais e não-verbais que um remetente usa para partilhar informações.

A comunicação verbal refere-se à comunicação falada e escrita. São usados sons e palavras para esta forma de comunicação, quando as palavras são usadas a comunicação depende de uma linguagem comum (Jackobson, 2001).

Em português, o fator entoacional pode ser o único que nos permite perceber se uma determinada frase exprime uma interrogação, uma afirmação, uma dúvida ou uma ordem, sendo que a variação de altura no sentido ascendente no final da frase caracteriza a pergunta, enquanto a descida da curva de entoação – na afirmação, na ordem, na exclamação – manifesta uma certeza, uma conclusão (Faria, Pedro, Duarte & Gouveia, 1996).

No português, a inter-relação entre unidades tonais é utilizada no discurso com funções sintáticas, semânticas e pragmáticas, mas não com funções de contraste lexical ou gramatical.

Vários são os autores (Faria et al, 1996; Myers, 1999) que afirmam que os traços prosódicos são: acento, tom (alto, baixo, elevado, crescente, decrescente) e duração. No que respeita ao acento lexical, muitos autores distinguem a acentuação de acento (Kent & Read, 2002), definindo a primeira como um aspeto abstrato ao nível lexical enquanto a segunda se refere a um processo fonético que correlaciona os aspetos acústicos da sua produção e percepção. Os traços prosódicos - acento, na dimensão da palavra, e entoação, na dimensão da frase – caso aqueles que definem uma unidade em relação a outra, na sequência fónica temporal onde se inserem.

A voz tem um forte impacto no reconhecimento da expressão facial bem como a expressão facial tem um forte impacto no reconhecimento das emoções expressas pela voz. Este achado, de Gelder, Vroomen, & Bertelson (1998), resulta do facto de que quando a expressão facial é congruente com a transmitida pela voz, os sujeitos são mais rápidos no reconhecimento da informação apresentada pelos dois canais do que por um canal apenas.

A voz, numa definição algo restrita, pode ser descrita como sendo o som produzido pela vibração das pregas vocais aquando da passagem do ar expiratório por estas, amplificado e modificado pelas cavidades da ressonância e articuladores, respetivamente. No entanto, sabe-se que o fenómeno qualidade vocal, é muito mais amplo e além dos aspetos fisiológicos é também influenciado por aspetos emocionais e socioculturais.

Na comunicação verbal encontramos algumas mensagens que podem ser veiculadas pela fala, como a voz, como qualquer som, a voz tem propriedades físicas clássicas como intensidade, altura e timbre. Através da intensidade distingue-se um som forte de um som fraco. Uma pessoa excitada pode falar num tom elevado, com mais sonoridade, enquanto que uma pessoa tímida ou intimidada fala num tom apagado, por vezes, impercetível.

A altura do tom de voz, indica a diferença entre um som agudo e um som grave. Os deprimidos falam em tom mais grave. Por outro lado, uma voz mais aguda ou com “falsetes” pode traduzir ira ou tensão, devido às cordas vocais estarem mais esticadas.

O timbre traduz a qualidade do som através dos seus componentes harmónicos. Como o ouvido humano é muito sensível aos sons harmónicos permiti-nos distinguir quase todas as pessoas pela voz. Além disso permite distinguir os “tons” de voz que traduzem sentimentos, como “confidente”, “íntimo”, ou pelo contrário “seco” e “áspero”.

Em relação à entoação é frequente ouvirmos dizer “não é tanto o que se disse, mas a maneira como foi dito”. Esta expressão traduz o significado da entoação que pode ser dado a uma frase, conferindo-lhe ou retirando-lhe ênfase. Podendo mesmo alterar o sentido das palavras (conotação) quando a entoação é irónica ou sarcástica.

Em relação às alterações da fluência e ritmo do discurso, as dificuldades de articulação de algumas palavras, as hesitações, as repetições e os atropelos aumentam com a ansiedade. Também, as alterações do ritmo durante um discurso podem ser sinal de ansiedade, embora estejam muito relacionadas com o fluxo respiratório. Geralmente, os deprimidos, falam devagar e os ansiosos falam mais depressa.

A comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido. São representações de mensagens transmitidas por processos, outros que não linguísticos, o que inclui o volume e a modelação de voz, as mímicas, os gestos, o débito do discurso e igualmente diversos sons e reações emotivas (Phaneuf, 2005).

A transmissão de uma mensagem é a primeira componente da comunicação, essencial por nela se resumir de forma mais simples a relação estabelecida entre um emissor e um recetor, por meio de um canal de comunicação, utilizando um código. O modelo está consagrado desde o modelo matemático de Shannon e Weaver, difundido em 1949 no âmbito da engenharia das telecomunicações e reaproveitado por Roman Jakobson para funções da linguagem (Santos, 2011).

Este é um modelo tipo processual, isto é, encara a comunicação como um processo, medindo a eficácia relativa do seu funcionamento global através da codificação e da descodificação de mensagens (Fiske, 1990). Destas características resultam consequências evidentes para análise da comunicação. A mensagem é vista como um modelo monolítico, que passa de um emissor para um recetor. A comunicação implica um ato voluntário e consciente por parte da fonte emissora e ainda fatores relevantes como a quantidade de informação recebida e qual a rendibilidade dos meios postos em prática. Todos estes fatores são mensuráveis, unitários e bem delimitados em termos matemáticos o que explica o princípio da proporcionalidade inversa entre informação e redundância: quanto mais repetida for uma informação, menos novidade contém e, portanto, mais redundante e menos pertinente será para o recetor (Santos, 2011).

O outro processo semiótico ou modelo, implica além da participação de ambos os interlocutores, o contexto em que essa construção é levada a cabo, bem como os meios utilizados nessa construção. Não existem atos comunicativos isolados, mas sim uma comunicação interativa, que permite um conhecimento gradual do outro, construindo a relação social. Os modelos semióticos integram indivíduos e mensagens, num dado contexto e apuram como interagem uns com os outros e como se constroem mutuamente. Por tudo isto os modelos semióticos exprimem-se por uma forte componente cultural, que englobam na sua análise um grande número de fatores contextuais dificilmente sistematizáveis. Ainda no âmbito da semiótica, os símbolos também pertencem ao âmbito da comunicação, uma vez que, além de transmitirem informação, podem ser

voluntariamente usados e são de certeza conscientemente interpretados, ainda que não da mesma forma, dependendo do seio de cada grupo (Esteves, 2011).

1.3. Comunicação em Saúde

Hipócrates, uma das figuras mais importantes da história da saúde, sendo mesmo considerado o “pai da medicina”, tomou consciência de que a comunicação era importante no efeito terapêutico do utente, ressaltando o facto de que alguns doentes, cientes do seu débil estado de saúde, conseguem recuperar devido à satisfação sentida relativamente à humanidade do clínico (Heinemann, 1923).

Existem várias definições para a comunicação em saúde, podendo esta ser definida como uma técnica ou arte que permite informar, influenciar ou mesmo motivar os indivíduos no que concerne a questões de importante relevo para a saúde, tendo como objetivos, por exemplo, precaver o surgimento de doenças, promover a saúde, gerir os cuidados de saúde e aumentar a qualidade de vida (Fischhoff & Noel, 2010).

Por sua vez, Cline (2003) define-a no âmbito da pesquisa, considerando que a mesma é constituída por duas componentes, a teórica e a prática, e que visa, para além de influenciar, compreender a correlação da comunicação e da saúde associadas a crenças, condutas e resultados.

Já Schiavo (2012), considera que a comunicação, no que à saúde diz respeito, consiste numa abordagem multifacetada e multidisciplinar, ligada à informação, que tem como objetivo apresentar, adotar ou manter um determinado comportamento, prática ou política que permita melhorar os resultados na saúde, esforçando-se, permanentemente, para alcançar os mais diversificados públicos.

Segundo Berlo, (citado por Fachada, 2010, p.73) “Quando duas pessoas interagem, põem-se no lugar da outra, procuram perceber o mundo como a outra o percebe, tentam predizer como a outra responderá. A interação envolve a adoção de papéis, o emprego mútuo das capacidades empáticas. O objetivo da interação é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro”.

O processo comunicativo, nas suas várias dimensões e categorias constitui, desta forma, o pilar no qual assenta toda a atividade humana, a qual decorre das interações que os seres humanos estabelecem durante a sua existência. Quanto mais harmoniosas forem as relações interpessoais, melhores serão as relações humanas, no seu amplo sentido e, deste modo, mais feliz e realizado o ser humano se sente (Figura 1).

Hoje em dia o objetivo da comunicação em saúde incluiu a prevenção da doença, a promoção da saúde, políticas de saúde, cuidados de saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade (Healthy, 2010).

Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos e rápidos o contacto pessoal continua a ser um instrumento de eleição através do qual os profissionais de saúde conseguem aceder aos problemas do utente. Os utentes são, efetivamente, os especialistas dos seus próprios sintomas, cabendo aos profissionais de saúde,

ouvir as suas histórias e compreender a sua perspectiva acerca dos seus problemas de saúde (Moniz & Barros, 2005).

A comunicação é a estratégia básica para que exista humanização, que consiste em perceber cada ser humano como indivíduo único, com necessidades específicas, otimizando o exercício da sua autonomia facilitando a iteração por diálogo aberto entre quem presta serviço e quem o recebe.

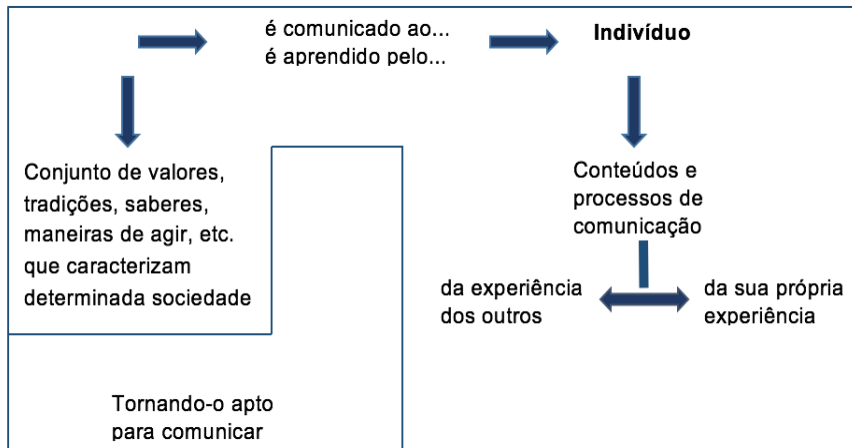


Figura 1: Conteúdos e processos de comunicação

Fonte: Fachada 2010, p. 28

1.4. Satisfação do utente

Ao longo dos anos 60 e 70 do século XX, a opinião do utente foi sendo cada vez mais valorizada, existindo por isso um maior envolvimento dos consumidores em todas as formas de vida social. Contudo só nos anos 80 desse mesmo século é que a satisfação do utente ganhou grande popularidade e passou a ser vista como importante indicador da qualidade dos serviços de saúde. Satisfação, como outros conceitos psicológicos, é fácil de entender, mas difícil de definir. Na saúde é conseguida quando a perceção do utente com a qualidade dos serviços que recebeu foi positiva, portanto satisfatória e atendeu às suas expectativas (Keegan, McDarby & Tansey, 2003).

Ambos os conceitos, qualidade dos serviços e satisfação do utente, são inconstantes e com várias definições, são conceitos que envolvem múltiplas dimensões e subjetividades. No entanto são geralmente aceites como indicadores importantes para avaliar os cuidados de saúde prestados, estando interrelacionados. A satisfação é considerada uma dimensão dos cuidados prestados, sendo uma importante medida de resultados e muito útil quando se avaliam consultas e comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde. Utilizada sistematicamente permite ajudar na escolha entre várias alternativas de organizar e prestar cuidados de saúde (Pisco, 2005).

Existe uma vasta literatura sobre o conceito de satisfação, com diferentes perspetivas de abordagem.

Satisfação do utente é uma atitude, um sentimento ou uma emoção que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e perceções, como tal, é distinta de um comportamento diretamente observável. Enquanto atitude, a satisfação compreende aspetos afetivos, cognitivos, avaliativos e comportamentais (Graça 1999) tornando-se assim uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento (Sepúlveda, 1998).

Muitas são as classificações e divisões da satisfação dos utentes. Entre as mais nomeadas na literatura destacam-se as de Ware, (1983) Nelson (1989) e Goldfield (1994). Segundo estes investigadores, a satisfação assenta em seis dimensões distintas: (1) acessibilidade/conveniência; (2) disponibilidade; (3) continuidade dos cuidados; (4) aspetos financeiros; (5) aspetos interpessoais e (6) aspetos técnicos.

De acordo com os mesmos investigadores, todos estes aspetos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. Contudo, cada investigação pode dar preferência apenas a alguns deles, de acordo com a necessidade de informação e com os objetivos pretendidos.

A satisfação dos utentes, em relação ao cumprimento das suas expectativas, constitui nas instituições de saúde um dos parâmetros a considerar na avaliação dos cuidados de saúde. A avaliarmos essa satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados na perspetiva dos utentes, o qual conjuntamente com a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde pode contribuir para uma melhor definição das estratégias de saúde, tendo em conta o contexto económico, ou seja, o melhor uso dos recursos que se encontram disponíveis (Cleary & Levitan, 1997).

O grau de satisfação do utente deve ser encarado, como um valor orientador na conduta dos profissionais de saúde, devendo este ser orientado para as suas necessidades e desejos, sendo

um dos indicadores importantes da eficiência dos cuidados de saúde (Iloh, Ofoedu, Njoku, Odu, Ifedigbo & Iwuamanam, 2012).

O que se mede muitas vezes não é a satisfação propriamente dita, mas a perceção dos serviços e a expectativa prévia dos utentes (Parasumaran, Zeithaml, & Berry, 1988).

1.5. Avaliação da satisfação do utente

O processo de avaliação da satisfação deve ser entendido, não como um episódio, mas como um dos instrumentos de gestão, indispensável para medir a evolução da instituição. A avaliação é um processo, político, técnico, isento de neutralidade, intencional, auxiliado por diversas áreas do conhecimento e que pode ser aplicado a qualquer atividade profissional, a um programa, a uma organização e a uma rede de serviços. Existe a questão metodológica sobre a natureza dos métodos, quantitativos ou qualitativos, sendo os métodos quantitativos mais utilizados, especialmente inquéritos populacionais ou questionários. Sendo que os questionários são formados por questões fechadas e onde essas mesmas questões estão associadas a uma escala de valores, para medir as respostas e quantificar a satisfação (Aspinal, Addington – Hal, Hughes, & Higginson, 2003).

A pesquisa da satisfação deu distinção ao lugar do utente nos sistemas e serviços de saúde, tendo o utente conquistado um lugar político, simbólico, social, proeminente, na avaliação dos mesmos. Sendo que o vínculo do utente ocorre com toda a rede de profissionais que com ele interagem (Muller, 2009).

Os resultados na saúde têm sido medidos pelo sucesso terapêutico e técnico, sendo hoje em dia dada uma maior importância à avaliação e satisfação da comunicação do utente com os profissionais de saúde (Ledford, Ledford, & Childress, 2012). Sendo que ao avaliarmos a satisfação estamos já a determinar o resultado com a comunicação na perspetiva dos utentes (Coyle & Sculco, 2003).

1.6. Avaliação da satisfação do utente em relação à comunicação com os profissionais de saúde

Segundo Vinagre e Neves (2008, in Pimentel 2010) a satisfação é percebida como uma resposta global na qual os consumidores refletem os seus níveis de prazer. A satisfação é baseada no serviço prestado, previsto em função de normas que dependem de experiências passadas, conduzidas por sinais concetuais.

O instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde utilizado nesta pesquisa, nos termos referidos por Santos (2013), resultou de três ciclos de investigação, designadamente: revisão da literatura, onde foram identificadas e sistematizadas dimensões e itens da comunicação interpessoal na saúde, relativamente à satisfação e ou avaliação dos utentes; construção e validação do conteúdo do instrumento, através do método de Delphi; e validação do construto com base na análise fatorial e fiabilidade do instrumento construído.

Importa neste contexto referir que o painel de Delphi está indicado na planificação em situações onde haja falta de dados históricos, ou nas quais se pretende estimular a criação de novas ideias. Este método pode ser muito útil quando se pretende realizar uma análise qualitativa do mercado, pois permite que se projetem tendências futuras que se encontrem em fase de descontinuidade tecnológica ou mudanças sócio-económicas.

O método foi desenvolvido inicialmente na Rand Corporation, EUA, na década de 50, e tinha como objetivo obter consenso de especialistas sobre previsões tecnológicas e avaliação de problemas sociais complexos (Landeta, 2006). Consistindo o mesmo na consulta de especialistas, de modo a obter respostas que reflitam a opinião desse conjunto sobre temas de interesse. A consulta é feita através de um questionário, elaborado pela equipa responsável pela pesquisa, que circula repetidas vezes (rondas) por um grupo de especialistas, onde é assegurado o anonimato às respostas. Neste processo existe recolha de dados e consequentemente produção de conhecimento de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários, intercalados com comentários de opinião controlados (Alder & Ziglio, 1996).

O sucesso para o estudo do método de Delphi está, na seleção dos especialistas, uma vez que os resultados destas rondas dependem do conhecimento e colaboração dos mesmos. Teoricamente este processo pode ser aplicado continuamente, até que o consenso pré-terminado seja alcançado.

No trabalho realizado para a validação do instrumento em questão, o processo de Delphi foi modificado em três rondas, tendo sido utilizada a plataforma *on-line* de questionários Survey Monkey, onde os especialistas foram convidados a modificar, acrescentar dimensões da comunicação, modificar e avaliar a importância de cada item.

Após as três rondas e depois da análise do consenso dos especialistas foi apresentada a versão do questionário final alcançado.

Foram analisados múltiplos artigos a partir dos quais foram identificadas as seis dimensões, a saber: comunicação verbal; comunicação não-verbal; empatia; respeito; resolução de problemas; e material de apoio. Estava assim definido um “conjunto dimensional” para a avaliação da satisfação na comunicação com os profissionais de saúde (Figura 2).



Figura 2: Dimensões para avaliar a satisfação na comunicação com os profissionais de saúde

Em relação à dimensão comunicação verbal, esta refere-se à comunicação falada e escrita, sendo usadas as palavras e os sons, quando as palavras são usadas, a linguagem depende de uma linguagem comum (Jackobson, 2001).

A dimensão comunicação não-verbal, complementa a comunicação verbal, possibilitando uma melhor interpretação das mensagens verbais, é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Integra representações de mensagens transmitidas por processos, outros que não linguísticos, o que inclui o volume e a modelação da voz, as mímicas, os gestos, o débito do discurso e igualmente diversos sons e reações emotivas (Phaneuf, 2005). O homem pode impedir a comunicação verbal mas não consegue impedir e evitar comunicar de forma não-verbal, da mesma forma que não pode impedir que os seus gestos, posturas e expressões faciais sejam elementos comunicacionais.

A empatia, é uma dimensão importante das relações interpessoais, à medida que o indivíduo, enquanto criança, desenvolve a capacidade de se colocar no lugar do outro, percebendo assim, situações físicas, sociais ou emocionais a partir de um ponto de vista que não o seu, desenvolve também a sua capacidade de ser empático (Griffin-Shirley & Nes, 2005). Em meio hospitalar, a empatia consiste na capacidade de entender e perceber o utente, os seus sentimentos e experiências pessoais. Esta dimensão está associada a uma diminuição das queixas dos utentes (Rodríguez, Rodday, Nelson, Rogers & Safran, 2008) e aumento da satisfação com os profissionais e com a qualidade de vida (Travaline, Ruchinskas & D'Alonzo, 2005).

Relativamente à dimensão respeito, esta refere-se à proteção da autonomia dos utentes em termos de fornecimento de informação e envolvimento na tomada de decisões sobre o seu próprio cuidado (Internal, Medicine & Medicine, 2002).

A dimensão resolução de problemas na comunicação segundo Taylor (2000) é, muitas vezes, sinónimo de modelo centrado no utente sendo caracterizada como um modelo ideal de relação de cuidado.

Por fim, e em relação à dimensão material de apoio, esta ainda não se encontrava definida, mas é utilizada cada vez mais na comunicação para a saúde. Segundo Busato & Kunzi (2010), as explicações por escrito do que se passou na consulta, tipo de exames que terá de fazer, cópias de receitas e relatórios, são suportes tidos como material de apoio.

Todas as dimensões enunciadas foram utilizadas para avaliar a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde.

Parte II

Estudo Empírico

2. Metodologia

Atualmente, a comunicação assume uma importância estratégica na gestão das organizações.

A prática de uma comunicação que seja realmente eficaz é considerada indispensável para otimizar o funcionamento das organizações, assumindo assim a comunicação uma importância fulcral. Assim, o conhecimento das dimensões da comunicação a melhorar são, fundamentais para as organizações em saúde.

Portanto, após, termos realizado a revisão da literatura sobre a temática em estudo, iremos apresentar e explicar esta segunda parte, onde elucidaremos as etapas do processo de pesquisa que compreendem: conceptualização da investigação, onde se definiu a finalidade, objetivos, tipo de estudo, variáveis, formulação das hipóteses de investigação, instrumento de recolha de dados, população e a respetiva amostra, procedimentos na recolha de dados e o tratamento estatístico utilizado para a análise dos resultados.

2.1. Justificação da problemática

A avaliação da satisfação do utente na comunicação tem sido avaliada nas díades médico-utente ou enfermeiro-utente, durante a revisão da literatura encontramos, apenas um estudo que analisou a comunicação em contexto de saúde onde estavam incluídos todos os profissionais de saúde. Estudo esse que serviu para validação do instrumento utilizado na nossa investigação.

Assim, existe uma necessidade de conhecer a satisfação dos utentes na comunicação com todos os profissionais de saúde, enquanto instrumento de gestão estruturante para o desenvolvimento de instituições de saúde. Como profissional de saúde, este é um tema que me desperta particular interesse, visto que o nosso dia a dia se baseia em relações humanas com o mais variado tipo de personalidades, sendo necessário adaptar a nossa comunicação a cada tipo de utente com que nos deparamos, pois é através da mesma que conseguimos estabelecer uma relação com os utentes. Torna-se mais fácil a troca de informação e cooperação por parte dos mesmos que se sentem mais seguros e confiantes após uma abordagem personalizada.

2.2. Questões de investigação, finalidade e objetivos

Este estudo foi norteado pelas seguintes questões de investigação:

- Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte?
- Qual a satisfação dos utentes femininos e masculinos na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte?
- Qual a satisfação dos utentes e acompanhantes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte?
- Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte segundo a escolaridade?

- Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte segundo a área de residência?
- Qual a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde de uma IPSS, da região norte, segundo a frequência de contactos estabelecidos?

Assim, a presente investigação tem por finalidade contribuir para a melhoria da satisfação dos utilizadores de uma instituição de saúde, integrada numa IPSS, do Norte do país. Esta problemática sendo estruturante para a gestão das organizações de saúde, assume um interesse acrescido com a alteração dos regimes por que se regem os sistemas de saúde.

Em alinhamento com a construção teórica do objeto de estudo e com os pressupostos metodológicos enunciados, o objetivo principal deste estudo foi avaliar a satisfação na comunicação entre utentes e profissionais de saúde.

Pretende-se ainda:

- Determinar se há diferenças nas médias de satisfação com a comunicação segundo o sexo;
- Determinar se há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o tipo de inquirido;
- Determinar se há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a idade;
- Determinar se há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo as habilitações literárias;
- Determinar se há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a área de residência;
- Determinar se há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o número de contactos estabelecidos.

2.3. Tipo de estudo

De acordo com a problemática desenhada, sua finalidade e objetivos este é um estudo de natureza exploratória, descritivo-correlacional, uma vez que pretende descrever as características da população, assim como explorar e testar as relações existentes entre as variáveis em estudo, na população num determinado período de tempo (Fortin, 1999).

Segundo Sampieri, Collado, & Lucio (2013), os estudos exploratórios servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos, obter informação mais completa sobre um determinado contexto, estabelecer prioridades para investigações futuras, assim como sugerir afirmações e pressupostos. Sampieri et al. (2013) refere que os estudos descritivos procuram especificar as características e os perfis das pessoas, grupos ou comunidades, isto é, medem, avaliam ou recolhem dados sobre diferentes aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno a investigar, podendo assim descrever tendências de um grupo ou população.

Possui ainda as características de um estudo descritivo-correlacional. Como pretendemos obter resultados com maior rapidez, embora a relação cronológica dos eventos possa não ser

facilmente detetável (pois a exposição atual pode não corresponder à exposição passada), optámos por um estudo transversal. Segundo Fortin (1999, p.174), “num estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. (...) O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno”.

O presente estudo é transversal, pois as medições são feitas num único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Como não teve a intervenção do investigador foi um estudo observacional.

2.3. População e Amostra

Quando um investigador seleciona uma pequena parte de uma população, espera que ela seja representativa dessa população que pretende estudar (Gil, 2008). A população deve englobar todos os casos que respeitem uma serie de especificações, (Sampieri et al., 2013). Acresce que, para efetuar uma correta amostragem não devem ser ignorados os princípios que lhe conferem fundamentação científica (Gil, 2008).

Este estudo foi aplicado à população de utentes que se encontravam nos serviços de medicina e cirurgia (consulta e internamento) num hospital integrado numa IPSS da Região Norte, a partir da qual se definiu uma amostra de tipo probabilístico, respeitando assim as leis estatísticas na qual assenta este tipo de amostragem (Gil, 2008). Procedeu-se ao cálculo do tamanho da mesma¹ de modo a assegurar a sua representatividade através da seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2}$$

n = Tamanho da amostra
Z = Variável normal padronizada associada ao nível de confiança
p = Proporção que esperamos encontrar
c = Intervalo de confiança

Para o efeito, tomamos por base os registos inerentes ao número (nº) de pessoas que se encontravam nos serviços de medicina e cirurgia (240 pessoas). Para o cálculo da amostra foi aceite um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral máximo de 5% (Gil, 2008), obtendo assim uma amostra n=204 pessoas.

2.4. Variáveis

As variáveis numa investigação são um elemento importante, e é em torno das mesmas que o investigador estrutura a investigação.

Segundo Sampieri et al., (2013) é uma propriedade que uma variação tem em poder ser medida ou observada.

¹ O calculo da amostra foi efetuado através da aplicação disponível em <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Fortin (2009, p. 117), entende quanto à relação entre duas ou mais variáveis, considera, que existe uma dependente e outras independentes. A primeira “é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador”, enquanto as variáveis independentes são definidas como “ elementos que são introduzidos e manipulados numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...) é considerada a causa do efeito produzido na variável dependente”. Neste estudo a variável dependente corresponde à “ satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde”, e como variáveis independentes, as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, área de residência, quem está a responder ao questionário se utente ou acompanhante e qual o número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde em 12 meses). Na Tabela 1 e 2, encontram-se discriminadas as variáveis utilizadas e a sua operacionalização.

Tabela 1: Operacionalização da Variável Dependente

Variável Dependente	Operacionalização	Escala de Medida
Satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde	CV (1,2,3,4,5,6)	Racional
	CNV (1,2,3,4)	
	E (1,2,3,4)	
	R (1,2,3,4)	
	RP (1,2,3)	
	MA (1,2,3,4)	

Legenda: CV=Comunicação Verbal; CNV=Comunicação Não-verbal; E=Empatia; R=Respeito; RP=Resolução de problemas; MA=Material de Apoio

Tabela 2: Operacionalização das Variáveis Independentes

Variáveis Independentes	Operacionalização	Escala de Medida
Sexo	Masculino	Nominal
	Feminino	
Relação do inquirido com a instituição	Acompanhante	Nominal
	Utente	
Idade	Anos	Racional
	Até 4ª classe	
Habilitações Literárias	5º-9º ano	Ordinal
	Até 12º ano	
	Curso Médio	
	Curso superior	
Área de Residência	Mestrado/Doutoramento	Nominal
	Rural	
	Urbana	

Assim, neste trabalho a satisfação na comunicação com os profissionais de saúde tem por base a abordagem a cada uma das dimensões, comunicação verbal, comunicação não-verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio.

2.6. Hipóteses

Depois da formulação da problemática, definição das questões de investigação e formulação da finalidade e objetivos segue-se a construção das hipóteses. A hipótese constitui uma premissa ou uma afirmação de uma ou mais relações, entre as duas ou mais variáveis em estudo, tentando explicar determinados fatores que são objetos do estudo (Sampieri et al., 2013).

Hipótese I – Há diferenças nas médias da satisfação com comunicação segundo o sexo.

Hipótese II – Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a relação do inquirido com a instituição.

Hipótese III - Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo da idade.

Hipótese IV - Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo das habilitações literárias.

Hipótese V - Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a área de residência.

Hipótese VI - Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo do número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde em 12 meses.

2.7. Instrumentos de recolha de dados

Na presente investigação utilizou-se o questionário “Avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde” (Anexo I), que foi recentemente construído e validado para a população portuguesa, passando, assim, a estar disponível uma nova ferramenta para auxiliar na gestão e no processo de planeamento necessários ao incremento da qualidade nos serviços e instituições de saúde (Santos, 2013).

Este instrumento, de auto resposta, está desenhado em duas partes. Na primeira abordam-se as características sociodemográficas: sexo, idade, habilitações literárias, áreas de residência urbana ou rural, relação do individuo com a instituição de prestação de serviços, utente ou acompanhante e número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses. Na segunda, avalia-se a satisfação dos utentes/acompanhantes na comunicação com os profissionais de saúde, tendo por base 31 itens subdivididos por 6 grupos diferentes: seis dimensões que caracterizam um conjunto de aspetos de comportamento na comunicação, explicação dada do seu problema de saúde, explicação do seu plano de tratamento/intervenção, informação de como

vai tomar a medicação, comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta, linguagem acessível, explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter.

Cada um dos itens é pontuado com base numa escala de Likert de cinco pontos, a variar de 1- muito insatisfeito a 5 - muito satisfeito.

Em termos de propriedades psicométricas do instrumento, no que se refere à validade do constructo, verificou-se que a análise fatorial mostrou-se adequada uma vez que a esfericidade foi rejeitada pelo teste de Bartlett com um valor de $p < 0,001$ para um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e valor de KMO que ascendeu a 0,926 que pode ser adjetivado como um valor excelente relativamente à adequação da técnica utilizada (Pestana & Gageiro, 2000). No que se refere à fiabilidade, que corresponde à necessidade de assegurar que os resultados obtidos numa replicação do estudo sejam idênticos, tendo os valores da correlação item-total variado entre 0,387 e 0,722, existindo uma correlação positiva moderada a forte. O valor de alfa de *Cronbach* ascendeu a $\alpha = 0,928$, o que indica uma fiabilidade elevada (Maroco, 2014).

2.8. Procedimentos estatísticos

Relativamente ao tratamento estatístico, após a colheita de dados, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 22.0).

A análise descritiva dos dados será apresentada em função das frequências e das medidas de tendência central e dispersão. Sendo o principal objetivo deste estudo relacionar o grau de satisfação dos utentes com as variáveis sociodemográficas. Assim, para cada uma das dimensões, efetuaram-se testes estatísticos de forma a validar a possível relação com as variáveis. Foram utilizados testes paramétricos e não-paramétricos, justificando-se estes pelo facto de não se cumprirem os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos, nomeadamente, o pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente. De modo a ser perceptível uma análise particular e global do nível de satisfação, foram também analisados descritivamente todos os itens do instrumento (relativos à satisfação com a comunicação) recorrendo a diferentes ferramentas, tanto de estatística descritiva (mínimo, máximo, moda, média e desvio padrão), como de estatística inferencial (teste t *Student*, Coeficiente de Correlação de Spearman, teste de Kruskal-Wallis).

De modo a avaliar a fiabilidade através da consistência interna, que pode ser medida pelo alfa de *Cronbach* que é útil para averiguar a fiabilidade de uma medida, e por isso permite o estudo da precisão de um instrumento, de um modo geral, um instrumento é classificado como tendo uma fiabilidade apropriada quando este é pelo menos 0.70, adquirindo fiabilidade moderada a elevada entre os 0.8 – 0.9 e uma fiabilidade elevada acima de 0.9 (Maroco, 2014)

Para todos os testes o nível de significância adotado foi de 5%. O teste t de *Student* é o mais utilizado para se avaliar as diferenças entre as médias de dois grupos independentes. O coeficiente de correlação de Spearman trata-se de uma medida de associação para variáveis que não seguem a distribuição normal, e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que

as variáveis variam em sentido contrário. Para três ou mais grupos independentes recorreremos ao teste H de Kruskal-Wallis que compara os seus valores centrais.

Para estudar a correlação entre duas variáveis quantitativas determinou-se o respetivo coeficiente correlação (coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman em função de se verificar a distribuição normal ou não). No procedimento a adotar na verificação das hipóteses formuladas teve-se em consideração o teorema do limite central e o estudo da normalidade sempre que a situação o justificou. Para o efeito recorreu-se à convenção frequentemente usada, que utiliza o coeficiente da divisão entre o valor de assimetria (Skewness) pelo erro padrão de assimetria e o valor do coeficiente da divisão da Curtose (Kurtosis) pelo erro padrão da Curtose. Segundo Coelho (2008), estes coeficientes são utilizados para comparar a forma da distribuição em estudo com uma distribuição normal, pode então assumir-se que a distribuição dos dados é do tipo normal desde que os valores dos coeficientes descritos estejam dentro de um intervalo de $]-2;2[$.

2.9. Procedimentos formais e éticos

O primeiro passo realizado foi o pedido de autorização para o uso do questionário, que já se encontrava validado para a população portuguesa.

Na realização deste estudo teve-se em atenção a observância dos princípios éticos geralmente aceites pela comunidade científica em ciências sociais, tais como: autorização da instituição, confidencialidade, honestidade nas relações estabelecidas com os participantes, respeito e garantia dos direitos dos que participam voluntariamente neste trabalho de investigação. Foi solicitada e obtida a autorização do Provedor da Santa Casa da Misericórdia e parecer da comissão ética da instituição (Anexo II). No sentido de garantir a confidencialidade, anonimato e consentimento informado dos inquiridos seguiram-se todos os pressupostos de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

3. Resultados

Esta parte que iniciamos constitui uma etapa da investigação, onde se pretende apresentar os resultados obtidos através do instrumento de recolha de dados. Os mesmos, serão apresentados através de tabelas, de forma a organizar melhor a informação.

Recorreu-se à estatística descritiva para resumir os dados obtidos permitindo uma leitura clara e objetiva dos mesmos, de forma a analisá-los e, à estatística inferencial, que nos permite efetuar testes que validam, ou não, as hipóteses formuladas, possibilitando generalizar as nossas conclusões para a população (Coelho, Cunha & Martins, 2008).

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

No sentido de avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde aplicou-se o estudo a uma amostra de 204 inquiridos. Destes 82 (40.2%) são do sexo masculino e 122 (59.8%) do sexo feminino. Em termos de habilitações literárias, a amostra é heterogénea, sendo as percentagens superiores de 23,5 % nos elementos com o 1º Ciclo e 23% nos elementos com curso superior. Observa-se também que a maioria dos inquiridos reside na área rural (67.6%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição absoluta e percentual dos elementos da amostra segundo o sexo, as habilitações literárias e a área de residência

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	82	40.2
	Feminino	122	59.8
Habilitações Literárias	1º Ciclo	48	23.5
	2º/3º Ciclo	40	19.6
	Secundário	35	17.2
	Curso Médio	25	12.3
	Curso Superior	47	23.0
	Mestrado/Doutoramento	9	4.4
Área Residência	Rural	138	67.6
	Urbana	66	32.4

Em relação ao número de contactos nos últimos 12 meses, verificou-se que estes variam entre 1 e 30, sendo o número médio de 4.19 ± 4.294 contactos. Observa-se também que a maioria dos inquiridos, tem uma relação com a instituição como utente 154 (77%), sendo os restantes 47 (23.0%) acompanhantes.

3.2. Análise das frequências

Procedemos à análise de frequências para todos os itens avaliados, para verificar se todas as categorias de resposta estavam representadas na amostra usada neste estudo (Tabela 5), servindo tal para avaliar a sensibilidade do instrumento.

Através da Tabela 4, verificamos que todas as categorias de resposta se encontravam representadas em todos os itens.

Tabela 4: Análise das frequências dos itens da satisfação da comunicação

		1	2	3	4	5	6
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Comunicação verbal (CV)	CV1	5 (2.5)	11 (5.4)	39 (19.1)	104 (51.0)	32 (15.7)	13 (6.4)
	CV2	3 (1.5)	9 (4.4)	41 (20.1)	101 (49.5)	30 (14.7)	20 (9.8)
	CV3	1 (0.5)	12 (5.9)	36 (17.6)	95 (46.6)	35 (17.2)	25 (12.3)
	CV4	2 (1.0)	8 (3.9)	32 (15.7)	94 (46.1)	35 (17.2)	33 (16.2)
	CV5	1 (0.5)	6 (2.9)	39 (19.1)	105 (51.5)	50 (24.5)	3 (1.5)
	CV6	1 (0.5)	10 (4.9)	38 (18.6)	100 (49.0)	43 (21.1)	12 (5.9)
Comunicação não Verbal (CNV)	CNV1	0	11 (5.4)	32 (15.7)	116 (56.9)	45 (22.1)	0
	CNV2	0	8 (3.9)	39 (19.1)	112 (54.9)	45 (22.1)	0
	CNV3	0	5 (2.5)	38 (18.6)	125 (61.3)	34 (16.7)	2 (1.0)
	CNV4	1 (0.5)	10 (4.9)	43 (21.1)	112 (54.9)	37 (18.1)	1 (0.5)
Empatia (E)	E1	0	6 (2.9)	29 (14.2)	106 (52.0)	63 (30.9)	0
	E2	2 (1.0)	12 (5.9)	59 (28.9)	77 (37.7)	52 (25.5)	2 (1.0)
	E3	0	5 (2.5)	46 (22.5)	98 (48.0)	55 (27.0)	0
	E4	1 (0.5)	6 (2.9)	38 (18.6)	104 (51.0)	54 (26.5)	0
Respeito (R)	R1	0	8 (3.9)	25 (12.3)	89 (43.6)	80 (39.2)	2 (1.0)
	R2	1 (0.5)	4 (2.0)	26 (12.7)	92 (45.1)	80 (39.2)	1 (0.5)
	R3	0	11 (5.4)	37 (18.1)	94 (46.1)	60 (29.4)	2 (1.0)
	R4	0	1 (0.5)	19 (9.3)	75 (36.8)	105 (51.5)	4 (2.0)
Resolução de Problemas (RP)	RP1	4 (2.0)	9 (4.4)	32 (15.7)	59 (28.9)	33 (16.2)	67 (32.8)
	RP2	3 (1.5)	11 (5.4)	38 (18.6)	53 (26.0)	25 (12.3)	74 (36.3)
	RP3	2 (1.0)	9 (4.4)	31 (15.2)	71 (34.8)	27 (13.2)	64 (31.4)
Material de Apoio (MA)	MA1	26 (12.7)	22 (10.8)	32 (15.7)	23 (11.3)	13 (6.4)	88 (43.1)
	MA2	3 (1.5)	4 (2.0)	37 (18.1)	116 (56.9)	31 (15.2)	13 (6.4)
	MA3	0	12 (5.9)	35 (17.2)	97 (47.5)	34 (16.7)	26 (12.7)
	MA4	0	9 (4.4)	41 (20.1)	90 (44.1)	33 (16.2)	31 (15.2)

Legenda: CV=Comunicação Verbal; CNV=Comunicação Não-verbal; E=Empatia; R=Respeito; RP=Resolução de problemas; MA=Material de Apoio

Observamos ainda que, a maior percentagem das respostas dadas pelos inquiridos, se centrou nas categorias “satisfeito” e “muito satisfeito”. Sendo que, de entre os resultados, os itens das dimensões, “resolução de problemas” e “material de apoio” foram os que demonstraram maior insatisfação.

3.4. Fiabilidade do instrumento

A fiabilidade corresponde à necessidade de assegurar que os resultados obtidos numa replicação do estudo sejam semelhantes.

Avaliamos a fiabilidade através da consistência interna, do cálculo da correlação item-total de cada item, cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* para os 25 itens avaliados no questionário, alfa de *Cronbach* se item for excluído (Tabela 5).

No que diz respeito aos valores da correlação item-total, verificou-se que os mesmos variam entre 0.177 e 0.624, existindo uma prevalência de valores de correlação moderada, apresentando todos os valores uma correlação positiva (Tabela 5).

Por sua vez, o valor de alfa de *Cronbach* do conjunto ($\alpha = 0.871$) indica que a consistência interna assume uma fiabilidade moderada a elevada (Maroco, 2014).

Tabela 5: Análise da consistência interna dos 25 itens

		Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach se item for excluído
Comunicação Verbal (CV)	1.Explicação dada do seu problema de saúde	0.528	0.863
	2.Explicação do seu plano de tratamento/intervenção	0.576	0.862
	3.Informação de como vai tomar a medicação	0.548	0.862
	4.Comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta	0.452	0.866
	5.Linguagem acessível	0.466	0.866
	6.Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter	0.538	0.863
Comunicação não Verbal (CNV)	1.Contacto visual quando falaram consigo	0.589	0.864
	2.Atenção dispensada	0.628	0.864
	3.Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	0.418	0.867
	4.Apoio dos profissionais de saúde	0.556	0.865
Empatia (E)	1.Simpatia	0.575	0.865
	2.Empatia (os profissionais colocaram-se no seu lugar)	0.586	0.863
	3.Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	0.646	0.863
	4.Compreensão	0.624	0.864

Tabela 5: Análise da consistência interna dos 25 itens (continuação)

Respeito (R)	1.Tratamento personalizado (pelo seu nome)	0.380	0.868
	2.Respeito (quando falou sobre os seus problemas de saúde)	0.499	0.866
	3.Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	0.618	0.863
	4.Respeito pela sua intimidade	0.379	0.868
Resolução de Problemas (RP)	1.Alteração das datas de exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	0.202	0.878
	2.Resolução de problemas que surgiram	0.298	0.874
	3.Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	0.277	0.875
Material de Apoio (MA)	1.E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	0.177	0.877
	2.Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	0.468	0.865
	3.Resumo em papel de como vai tomar a medicação	0.523	0.863
	4.Plano do seu tratamento	0.584	0.862
Alfa de Cronbach (todos os itens do instrumento) – 25 itens – 0.871			

Legenda: CV=Comunicação Verbal; CNV=Comunicação Não-verbal; E=Empatia; R=Respeito; RP=Resolução de problemas; MA=Material de Apoio

No instrumento utilizado pediu-se ao inquirido que avaliasse a satisfação global para cada uma das dimensões da comunicação assumindo a seguinte escala (1= Muito Insatisfeito; 2= Insatisfeito; 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito; 4 = Satisfeito; 5 = Muito satisfeito; N/A = Não aplicável).

Após, a análise da consistência interna da satisfação global de cada uma das dimensões, verificamos que a dimensão “resolução de problemas”, foi a dimensão com a menor fiabilidade (RP=0.299), sendo que, a dimensão “empatia” foi a que apresentou maior fiabilidade (E=0.914), (Tabela 6).

O valor de alfa de *Cronbach* para cada uma das dimensões que avaliam a satisfação, indica que a consistência interna assume uma fiabilidade moderada a elevada (Maroco, 2014).

Tabela 6: Análise da consistência interna da Satisfação Global de cada uma das dimensões

		Alfa de Cronbach por dimensão
Satisfação Global	Comunicação Verbal	0.801
	Comunicação Não-Verbal	0.869
	Empatia	0.914
	Respeito	0.801
	Resolução de Problemas	0.299
	Material de Apoio	0.619

Foi ainda avaliado a correlação da pontuação total dos 25 itens pertencentes ao instrumento com pontuação total de cada uma das dimensões (Tabela 7). Verificamos que as correlações variam entre 0.648 e 0.743, mostrando-se estatisticamente significativas.

Realizando uma abordagem geral, calculamos a pontuação geral assumindo o somatório de todos as questões relativas à satisfação global de cada uma das dimensões do questionário. Desta pontuação geral foi calculada a correlação desta variável com a variável pontuação total (somatório dos 25 itens do questionário).

Tabela 7: Resultado da correlação da pontuação total dos 25 itens das dimensões com a pontuação total de cada uma das dimensões.

Correlação	Pontuação					
	(CV)	(CNV)	(E)	(R)	(RP)	(MA)
Pontuação Total	0.743*	0.698*	0.725*	0.648*	0.650*	0.700*

Legenda: CV=Comunicação Verbal; CNV=Comunicação Não-verbal; E=Empatia; R=Respeito; RP=Resolução de problemas; MA=Material de Apoio

* p < 0.001

3.5. Efeito em cada uma das variáveis correspondentes aos dados sócio-demográficos da amostra

No questionário aplicado à nossa amostra, após a análise de cada dimensão, verificamos que, a dimensão que apresenta maior satisfação é a dimensão respeito ($\bar{x} = 4.161 \pm DP = 0.706$), e a dimensão resolução de problemas ($\bar{x} = 2.495 \pm DP = 1.245$) é a que apresenta menor satisfação por parte dos utentes, sendo que as dimensões empatia ($\bar{x} = 3.974 \pm DP = 0.741$), comunicação não verbal ($\bar{x} = 3.909 \pm DP = 0.663$) e comunicação verbal ($\bar{x} = 3.530 \pm DP = 0.943$) apresentam um grau de satisfação apreciável, já a dimensão material de apoio ($\bar{x} = 2.962 \pm DP = 1.023$) evidencia uma satisfação pouco considerável (Tabela 8).

Tabela 8: Médias, desvio padrão e média padronizada de cada dimensão da satisfação na comunicação com os profissionais de saúde

	Média	DP	Média Padronizada
Comunicação Verbal (CV)	3.530	0.943	0.562
Comunicação Não Verbal (CNV)	3.909	0.663	1.371
Empatia (E)	3.974	0.741	1.314
Respeito (R)	4.161	0.706	1.647
Resolução de problemas (RP)	2.495	1.245	- 0.406
Material de Apoio (MA)	2.962	1.023	- 0.037

Após a construção das hipóteses e validação das mesmas verificamos que as hipóteses H1, H2, H3 e H4 não obtiveram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 9).

Do estudo da H5 “Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a área de residência” obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que os habitantes das áreas rurais apresentam uma satisfação significativamente superior ($p= 0.003$).

Em relação à hipótese H6 “Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses”, verificamos igualmente existência de diferenças estatisticamente significativas, dimensões da comunicação “CNV” ($p= 0.007$), “R” ($P= 0.005$), “E” ($P=0.002$) e “RP” (0.010).

Tabela 9: Validação das hipóteses

Hipóteses		
H1	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o sexo	NS
H2	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a relação do inquirido com a instituição	NS
H3	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a idade	NS
H4	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo as habilitações literárias	NS
H5	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo a área de residência	PS
H6	Há diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses	PS

Legenda: NS = Não significativas; S = Pouco significativas

De seguida, por forma a perceber a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde em função das variáveis sexo, tipo de inquirido, idade, habilitações literárias, área de residência e número de contactos estabelecidos, foi avaliada a distribuição destas variáveis em cada uma das dimensões.

Após a avaliação empírica da distribuição em cada uma das dimensões que compõe o instrumento, foi efetuada a análise da normalidade das variáveis para determinar o teste de hipóteses mais adequado.

Assim, depois da análise das médias, desvios padrão de cada dimensão e respetivo valor de prova, relativamente às variáveis sexo, tipo de inquirido, idade, habilitações literárias, área de residência e número de contactos, verificamos que as variáveis sexo, tipo de inquirido, idade e habilitações literárias, não influenciam significativamente a satisfação global.

A satisfação com a comunicação difere significativamente consoante o local de residência, os habitantes em áreas rurais apresentam uma satisfação significativamente superior.

Relativamente à variável área de residência, verificamos através do Teste t *Student*, e assumimos a igualdade de variâncias em relação à resolução de problemas ($F = 0.101$, $p = 0.751$) e verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t = 2.182$ e $p = 0.030$), em relação ao material de apoio ($F = 1.029$, $p = 0.178$) e ($t = -2.065$ e $p = 0.004$), pelo que as dimensões resolução de problemas e material de apoio apresentam diferenças estatisticamente significativas.

O número de contactos encontram-se de igual forma significativamente correlacionado com a satisfação global. As correlações entre o número de contactos estabelecidos e as diferentes dimensões da comunicação encontram-se na Tabela 9.

Tabela 10: Correlação de Serman entre a variável número de contactos estabelecidos e as diferentes dimensões da comunicação

	Correlação	p
Comunicação Verbal (CV)	0.136	0.053
Comunicação Não Verbal (CNV)	0.188**	0.007
Empatia (E)	0.214**	0.002
Respeito (R)	0.197**	0.005
Resolução de problemas (RP)	0.180**	0.010
Material de Apoio (MA)	0.107	0.129

A correlação entre a variável número de contactos e as dimensões da comunicação, “comunicação não-verbal”, “empatia”, “respeito” e “resolução de problemas” são significativas, no entanto fracas. Quanto mais frequentes são os contactos maior é a satisfação na comunicação com os profissionais de saúde, à exceção das dimensões comunicação verbal e material de apoio.

4. Discussão e Análise dos Resultados

No decurso do desenvolvimento, procurou-se efetuar um estudo sobre a comunicação em organizações de saúde, analisando-se a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde num hospital integrado numa IPSS, da zona norte.

Neste sentido, esta investigação centrou-se na avaliação da satisfação do utente com a comunicação, pois cada vez se dá maior importância, à satisfação do utente com a comunicação com os profissionais de saúde (Ledford et al., 2012), acresce ainda o facto do relacionamento passivo do utente face aos profissionais de saúde estar a mudar para uma forma cada vez mais ativa e participativa aos mais variados níveis de exigência dos serviços de saúde, sendo que ao avaliarmos a satisfação estamos já a determinar o resultado com a comunicação na perspetiva dos utentes (Coyle et al., 2003).

Na verdade, a comunicação constitui uma condição incontornável ao próprio ser humano, é impossível não comunicar. Não obstante, levanta vários problemas e têm exigências várias por forma a ser eficaz e satisfatória.

No contexto das organizações de saúde a comunicação segundo vários autores como Berlo (2003) tem assumido uma importância fulcral. Assim, nos últimos anos as organizações de saúde têm apostado cada vez mais no desenvolvimento da comunicação entre os profissionais e os utentes, por forma a assegurar um melhor e maior cuidado. De facto, na atualidade a importância da comunicação, como fator essencial para atingir a qualidade e satisfação em saúde, têm vindo a ser reconhecida de forma consensual. No entanto, ao longo da análise da literatura, fase essencial para a realização do presente estudo, apenas encontramos um estudo que analisasse a comunicação em contexto de saúde em que fossem incluídos todos os profissionais de saúde. Estudo esse que serviu para validação do instrumento utilizado na nossa investigação.

Preferencialmente, a avaliação da satisfação do utente com a comunicação tem sido avaliada nas díades médico-utente ou enfermeiro-utente, sendo escassos os estudos que avaliem a satisfação do utente na comunicação com os diversos profissionais de saúde, entenda-se todos os profissionais de saúde de uma instituição.

No entanto, a qualidade da comunicação em saúde, não é direcionada somente para a díade assistente e assistido, mas sim para uma variedade de profissionais. Todos esses profissionais compõe uma equipa multidisciplinar da instituição, que oferecem uma maior atenção e complexidade ao contato e tratamento. Desta forma, o vínculo do utente ocorre com toda a rede de profissionais que com ele interagem (Muller, 2009).

Assim, o presente estudo insere-se nesse carácter inovador, na medida em que pretendeu avaliar a satisfação dos utentes na comunicação com a globalidade dos profissionais de saúde. Acresce que, a comunicação não pode ser encarada simplesmente como uma atividade de apoio, mas sim como uma função estratégica da gestão focalizada na criação de valores. Foi aplicado um questionário, dividido em duas partes, a primeira com características sociodemográficas e a segunda, que avalia a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

A primeira parte do instrumento avaliou as variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, área de residência urbana ou rural, relação do individuo com a instituição de prestação de serviços, utente ou acompanhante e número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses. A segunda parte do instrumento apresentava um questionário de auto resposta composto por seis dimensões: comunicação verbal com seis itens, comunicação não-verbal com quatro itens, empatia com quatro itens, respeito com quatro itens, resolução de problemas com três itens e material de apoio com quatro itens. Onde se incluía também uma avaliação global de cada dimensão. Todas as dimensões estavam cotadas numa escala de Likert de cinco pontos, em que cada inquirido respondeu como avaliava a satisfação na comunicação com os profissionais de saúde em relação a cada um dos itens das dimensões, a escala variava de 1- muito insatisfeito a 5 – muito satisfeito.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado a uma amostra de 204 indivíduos, dos quais 82 (40.2%) são do sexo masculino e 122 (59.8%) do sexo feminino, com uma média de idades de 43.58 anos, oscilando entre o mínimo de 19 e o máximo de 83 anos. A grande maioria da nossa amostra é representada pelo sexo feminino, que sugere que são as mulheres, que mais se preocupam com prevenção e vigilância em saúde.

Quanto ao nível de habilitações literárias, verificamos uma predominância de inquiridos que concluíram o 1º ciclo de escolaridade 48 (23.5%), e de indivíduos com curso superior, 47 (23.0%). Por sua vez, os inquiridos com habilitação literária correspondente ao mestrado/doutoramento corresponde à minoria, constituindo 9 (4.4%).

Relativamente à área de residência observamos que a larga maioria dos inquiridos reside no meio rural 138 (67.6%), sendo que os restantes 66 (32.4%) residem no meio urbano.

Em relação ao número de contactos dos inquiridos com os profissionais de saúde da instituição nos últimos 12 meses, o valor varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 30, com uma média de 4.19 contactos.

Comparando com os resultados obtidos no estudo de validação do instrumento utilizado (Santos, 2013), verificamos que estes dados estão em sintonia com o mesmo, sendo que as diferenças observadas se cifram na característica habilitações literárias, característica área de residência e no número de contactos com os profissionais de saúde da instituição nos últimos 12 meses. Verificou-se, no estudo de validação do instrumento que, a maioria dos inquiridos 107 (30.07%) possuía o 5º- 9º ano de escolaridade e que a larga maioria residia em área urbana 289 (83.0%), que contrariamente ao nosso estudo não se verificou, posto que, a maioria dos inquiridos 48 (23.5%), possuía o 1º Ciclo (até à 4ª classe) e que a maioritariamente residiam em meio rural 138 (67.6%).

Relativamente, à consistência interna do instrumento aplicado na nossa amostra, medido através do alfa de *Cronbach*, obteve-se o valor de 0.871, que se pode adjectivar de moderado a elevado (Maroco, 2014).

Em relação à análise descritiva da satisfação na comunicação com os profissionais, verificou-se, que a maioria das respostas dadas pelos inquiridos, se centrou nas categorias “satisfeito” e “muito satisfeito”, sendo que, os itens das dimensões, “resolução de problemas” e “material de apoio” foram os que demonstraram maior insatisfação.

Tal, resultado encontra-se alinhado com os resultados de Santos (2013), concluindo-se da mesma forma que os utentes se encontram insatisfeitos com o material de apoio existente na instituição. Aliás este aspeto é corroborado também pela literatura (Kountz 2009), convocando maior atenção por parte das organizações para dimensões fundamentais à capacitação dos cidadãos enquanto parceiros de cuidados, nos termos preconizados quer através de declarações internacionais quer de orientações nacionais, designadamente na carta de Otawa (OMS, 1986) e no PNS: Revisão e Extensão a 2020 (DGS 2016).

Na dimensão “comunicação verbal”, todos os itens são avaliados positivamente, verificando-se que a frequência das respostas em todos os itens se concentrou, maioritariamente, na categoria “satisfeito”, com o valor de satisfação mínimo de 94(46,01%) relativa ao item CV4 “Comunicação de

quando tem novo exame/tratamento ou consulta”, e valor máximo de satisfação ao item CV5, “Linguagem acessível”. De facto, o grau de satisfação dos inquiridos é elevado, não tendo relevância estatística as categorias “muito insatisfeito” e “insatisfeito” com valores máximos de 5 (2,5%) e de 12 (5,9%), respetivamente.

Quanto à dimensão “Comunicação não verbal”, todos os itens são avaliados maioritariamente com “satisfeito”, com valores desde 112 (54,9%), relativo aos itens CNV2, “Atenção dispensada” e CNV4, “Apoio dos profissionais de saúde”, a 125 (61,3%) no item CNV3, “Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam”. Verificando-se que a comunicação não verbal é largamente satisfatória, observando-se apenas 1 ocorrência (0,5%), com a categoria de “muito insatisfeito”, relativa ao item “Apoio dos profissionais de saúde”. Sendo esta uma dimensão designada por Phaneuf (2005) como uma troca de informação sem palavras.

Por sua vez, na análise da dimensão “Empatia”, verificamos que, comparativamente com as dimensões “comunicação verbal” e “comunicação não verbal” a satisfação diminuiu, apresentado um máximo de 106 (52,0%), no item E1, “Simpatia”, e mínimo de 77 (37,7%) no item E2 “Empatia”.

Relativamente à dimensão “Respeito”, observamos que, de forma maioritária, os inquiridos encontram-se “satisfeitos” e “muito satisfeitos”, correspondendo o item R4 “Respeito pela sua intimidade”, à frequência máxima de 105 (51,0%), com a classificação de “muito satisfeito”, não se registando diferenças com relevância estatística entre estas e as classificações de “muito insatisfeito” e “insatisfeito”.

Por último, as dimensões “Resolução de Problemas” e “Material de Apoio” são as que apresentam resultados menos satisfatórios, sendo de referir o resultado de 26 (12,7%) com a classificação de “Muito insatisfeito” no item MA1 “E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)”, não obstante o item MA2, “Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)”, apresenta uma classificação maioritariamente satisfatória de 116 (56,9%).

Analisando a relação entre as variáveis, verificamos que o género, idade, tipo de inquirido e habilitações literárias não têm qualquer efeito nas dimensões estudadas, uma vez que não existem diferenças estatísticas significativas.

Também no estudo realizado por Cerqueira (2012), em relação à idade, aponta no sentido do nosso estudo, ou seja, a idade não tem relação com a satisfação. No entanto, os resultados obtidos em termos de escolaridade não são corroborados por outros estudos. Aliás, a evidência produzida tem vindo a apontar sentidos distintos. Enquanto o estudo de Mendes (2013), permitiu afirmar, que inquiridos com menor grau de escolaridade revelaram maior satisfação, o estudo de Machado (2012), demonstrou que existe maior satisfação nos indivíduos com formação superior.

Relativamente às as variáveis área de residência e número de contactos, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas.

Em relação à variável área de residência, verificamos através do Teste t de *Student*, que as dimensões “resolução de problemas” e “material de apoio” são estatisticamente significativas.

Relativamente à variável número de contactos estabelecidos, verificamos através da Correlação de Spearman, que as dimensões “comunicação não-verbal”, “empatia”, “respeito” e “resolução de problemas”, são também significativas, no entanto, fracas.

Assim, de acordo com o questionário mencionado, conseguimos verificar que, no geral, os utentes apresentam uma satisfação relativamente elevada quanto à comunicação com os profissionais de saúde.

As dimensões “comunicação verbal”, “comunicação não-verbal”, “empatia e “respeito”, apresentam uma boa apreciação, o que denota que no geral os utentes se encontram satisfeitos.

Ocorre que, tais resultados contraíram a tendência geral de satisfação dos utentes em organizações de saúde, que demonstram que os utentes se encontram pouco satisfeitos com a comunicação. No entanto, os resultados obtidos poderão estar relacionados com o facto da organização em estudo constituir uma organização pequena, inscrita no âmbito da solidariedade social, situada num meio rural, que prima pela proximidade com os seus utentes, onde a maioria dos profissionais são seus conhecidos. Provavelmente esta multiplicidade de fatores se conjuguem entre si na relação com a instituição e expliquem, pelo menos em parte, estes resultados.

Foi ainda apurado que, os utentes apresentam uma menor satisfação nas dimensões de “material de apoio” e “resolução de problemas”.

O presente estudo, que foi realizado numa organização de saúde, localizada num meio rural, e que comparado com o estudo de Santos (2013), que foi validado numa organização de saúde, situada num meio urbano, constatou-se, aquando do tratamento dos dados que, algumas das questões não foram entendidas pelos inquiridos, facto este que pode advir pela simples razão de muitas das questões não irem ao encontro da realidade da organização de saúde por nós estudada. Assim, poderá ter de existir uma reformulação do mesmo questionário para realidade desta organização.

5. Conclusões

Finalizada a discussão dos resultados deste estudo, que teve como linha orientadora o enquadramento teórico, as questões e hipóteses formuladas, e o objetivo definido, apresentamos de seguida as conclusões desta investigação.

Sendo as pessoas, por natureza, seres sociais preparados para viver em sociedade, esta partilha de opiniões, comportamentos e todo um conjunto de experiências, tem como objetivo o convencer e persuadir os seus semelhantes, a adotar determinada ação ou comportamento específico levando-os a estabelecer com os outros, uma complexidade de interações, num conjunto relacional extremamente complexo. Comunicar não é, desta forma, um processo unilateral. Não se trata, somente, de informar. É um processo de partilha, multidirecional possibilitando a existência das relações interpessoais e dos seus sistemas, tendo como objetivo o entendimento entre os homens.

Sendo a satisfação um tema complexo e de difícil avaliação, no entanto, inequivocamente incontornável quando o objetivo é o sucesso de uma instituição. A mesma é tida como um elemento estrutural das organizações de saúde, estando associada à qualidade. Sendo a satisfação considerada uma meta a atingir, os resultados da investigação nesta área deverão contribuir para a melhoria da organização de saúde em questão.

A opinião do utente é um elemento fulcral na monitorização da qualidade das organizações de saúde assim como, é um pilar fundamental na tomada de decisão. Todas as organizações de saúde, só têm uma razão de ser: o utente, que queremos satisfeito pela excelência dos cuidados que lhe dedicamos.

Relativamente, à consistência interna do instrumento aplicado na nossa amostra, medido através do alfa de *Cronbach*, obtivemos o valor de 0.871, que se pode adjetivar de moderado a elevado (Maroco, 2014).

Os resultados obtidos possibilitam identificar as dimensões que apresentam uma boa apreciação, sendo elas as dimensões “comunicação verbal”, “comunicação não-verbal”, “empatia e “respeito”, o que demonstra que no geral os utentes se encontram satisfeitos.

Tendo sido ainda apurado que as dimensões “resolução de problemas” e “material de apoio” apresentam uma menor satisfação.

Há uma associação positiva entre o número de contactos estabelecidos e as dimensões da satisfação na comunicação com os profissionais de saúde, sendo estatisticamente significativa nas dimensões comunicação não verbal, empatia e resolução de problemas.

Verificamos também, que as variáveis que influenciam, direta e indiretamente, a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde se referem à área de residência e ao número de contactos estabelecidos.

O conhecimento constante e atualizado, apenas é possível através da realização de estudos de investigação nas diversas áreas científicas, a saúde não é exceção, porém tem merecido maior destaque a satisfação dos utentes, uma vez que representa um indicador de qualidade.

As principais limitações do estudo, na nossa opinião, prendem-se com a dificuldade de compreensão do questionário por parte dos utentes, e ao facto do instrumento não se encontrar adaptado à instituição com um carater mais pequeno, situada num meio rural, à qual foi aplicado.

Apesar destas limitações que referimos, entendemos que estes resultados mostram que é imperioso investigar sobre o nível de satisfação dos utentes de modo a poder-se promover alterações e/ou reajustes necessários, para satisfazer mais e melhor aqueles que recorrem aos serviços deste hospital integrado numa IPSS, da Região Norte, este estudo acrescenta também algumas contribuições que ajudam a clarificar a importância da comunicação dentro de uma organização.

O desenvolvimento de outros estudos com recurso ao mesmo instrumento poderão futuramente permitir perceber a realidades percecionadas em outras instituições de saúde e por conseguinte melhorar a comparabilidade dos resultados obtidos.

Referências Bibliográficas

- Alder, R., Rodman, G. (2006). *Understanding human communication*. Oxford: Oxford University Press.
- Adler, M., & Ziglio, E. (1996). *Gazing into the Oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health*. London: Kingsley Publishers.
- Aspinal, F., Addington – Hal, I., Hughes, J., & Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 42(4), 324-339.
- Barros, C., & Gomes, M. (2011). Novas fronteiras para as Relações Públicas: a questão da comunicação para a saúde, *Actas do VII Congresso SOPCOM*, Universidade do Porto, 3074-3088.
- Beebe, S., Beebe, I., D., & Watson, S. (2005). *Communication: principles for a lifetime*. Toronto: Pearson.
- Berlo, D. (2003). *O processo da comunicação – introdução à teoria e à prática*. São Paulo: Martins Fontes.
- Biscoe, G. (1997). New Directions for Health Systems. *The Helsinki Meeting*.
- Busato, A., & Kunzi, B. (2010). *Differences in Quality of Interpersonal Care In Complementary and Convencional Medicine*. Berna: BioMed Central.
- Cerqueira, A. R. S. M., (2012). Cuidados de Enfermagem numa USF de Ponte de Lima – Satisfação dos Utentes. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10284/3502>
- Cleary, P., & Levitan, E. (1997). *Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives*. Boston: JAMA.
- Cline, R. (2003). Health Communication Working Group Brochure. *American Public Health Association (APHA)*. Recuperado de <http://www.healthcommunication.net/APHA/APHA.html>
- Coelho, J. P., Cunha, L. M., & Martins, I. L. (2008) *Inferência Estatística* (1^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Coyle, N., & Sculco, L. (2003). Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *The Journal of Supportive Oncology*, 1(3), 206-215.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral, C. C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6^a ed.). Lisboa: Editora RH.
- Declaração de Helsínquia III (2001). Adaptada pela 35a Assembleia da Associação Médica Mundial. Veneza: Cadernos da FM., 123-127.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Plano Nacional de saúde. Orientações estratégicas para 2012-2016. Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

- Esteves, J. P. (2011). *Sociologia da comunicação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Faria, I, Pedro, E., Duarte, I., & Gouveia, C. (1996). *Introdução à linguística geral e portuguesa*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Ferreira, P. L., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde. Ministério de saúde*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.
- Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease [ODPHP] Silver Spring.
- Fiske, J. (1990). *Introduction to communication studies*. Londres: Routledge.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frederico, M. (2000). *Princípios de economia da saúde*. Coimbra: Formasau.
- Gelder, B., Vroomen, J., & Bertelson, P. (1998). Upright but not inverted faces modify the perception of emotion in the voice. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 17, 1021-1023.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Goldfield, N. (1994). *The use of information derived from patients*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
- Graça, L. (1999). A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde. Lisboa: *Direcção Geral de Saúde, Subdirecção Geral para a Qualidade*, Março, 2-20.
- Griffin-Shirley, N., & Nes, S. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99, 276-284.
- Healthways, A. (2003). *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. Phoenix: Arizona.
- Heinemann, W. (1923). *Hippocrates. On decorum and the physician*. New York: London.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Iloh, G., Ofoedu, J., Njoku, P., Odu, F., Ifedigbo, C., & Iwuamanam, K. (2012). Evaluation of patients satisfaction with quality of care provided at the National Health Insurance Scheme clinic of a tertiary hospital in South – Eastern Nigeria. *Nigerian Journal of Clinic Practice*, 15(4), 469-7.
- Internal, A. B., Medicine, A. C. A., & Medicine, E. F. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*, 243–246.
- Instituto Português da Qualidade (2004). *MoniQuor*. Lisboa: Qualidade em Saúde
- Jackobson, R. (2001). *Linguística e comunicação*. S.Paulo: Culturix.

- Keegan, O., McDarby, V., & Tansey, A. M. (2003). Community involvement in A/E satisfaction survey. Recuperado de <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/43559/1/3498.pdf>
- Kent, R. & Read, c. (2002). *Acoustic analysis of speech* (2a Ed.). Canadá: Singular.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3a ed., Vol. 81). New York: The Guilford Press.
- Landeta, J. (2006). *Current validity of Delphi method in social sciences*. Bilbao, Spain: Elsevier.
- Ledford, C., Ledford, C., & Childress, M. (2012). Extending Physician Reach: Influencing patient activation and behavior through multichannel physician communication. *Patient Educ Couns*.
- Maroco, J., (2014). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Machado, C. S. A. M. (2012). Satisfação de Utentes do Tâmega I – Baixo Tâmega. Instituto Politécnico de Bragança. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.22/1899>
- Marques, T.P.S. (2010). Da Qualidade à Satisfação do Utente. Serviço de Colheita de Sangue e seu Contributo para a Satisfação do Utente. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás os Montes e Alto Douro. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10348/1416>
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., & Lopes, J. M., (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. III Série –*Revista de Enfermagem Referência*, 9, Março, 17-25.
- Moniz, J. L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- Monteiro, A. C., Caetano, J., Marques, H., & Lourenço, J. (2006). *Fundamentos de comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo
- Muller, M. (2009). Aspectos relevantes na comunicação em saúde. *Psicologia IESB*, vol 1, 72-79.
- Myers, P. S. (1999). *Right hemisphere damage*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Nelson, E. (1989). The patient judgement system: reliability and validity quality. *Review Bulletin*, 15, 185-191.
- Ribeiro, F. (2001). *A comunicação na prática de exames complementares de diagnóstico cardiovascular*. Dissertação de mestrado em comunicação na saúde. Universidade Aberta Lisboa, 213.
- Rodriguez, H., Rodday, A., Marshall, R., Nelson, K., Rogers, W., & Safran, D. (2008). Relation of patient's experiences with individual physicians to malpractice risk. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 5-12.

- Ruão, T., Lopes, F., & Marinho, S. (2012). Comunicação e Saúde, dois campos em intersecção. *Comunicação e Sociedade*, Número Especial, pp. 5-7
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Parasumaran, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1998). A multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados por ciências sociais. A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Pimentel, H., (2010). Avaliação da Satisfação dos utentes em relação ao Centro de Saúde do Serviço Regional da Saúde dos Açores (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores. Recuperado de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1209/1/DissertMestradoHeliodoroJacintoFortesPimentel2011.pdf>
- Pisco, L. (2001). *Qualidade na prestação de cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros, 36-38.
- Pisco (2005). Balanço de seis anos IQS. *Qualidade em Saúde*, 2-11.
- Santos, J. (2011). *Linguagem e Comunicação*. Coimbra: Almedina.
- Santos, H. (2013). Avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Construção e validação do instrumento (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto, Portugal.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2013). *Metodologia da pesquisa*. 5ª Ed. Porto Alegre: AMGM.
- Schiavo, R. (2012). Raising the Influence of Community Voices on Health Equity. *Journal of Communication in Healthcare*.
- Sepúlveda, M. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: Consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida, Medicina Apoiada, S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (4), 33-39.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Forrest, C., & Berk, R. (1998). Consumer experiences and provider perception of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, 46, 216-226.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 842-849.
- Travaline, J., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. (2005). *Patient-Physician Communication: why*

and how, 105(1), 13-18.

Vinagre, M. e Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-108.

Ware, J. (1983). Delfing and measuring patient satisfactions with medical care. *Evaluation Program Planning*, 6, 246-263.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

O presente questionário tem como objectivo avaliar a Satisfação do Utente relativamente à Comunicação dos Profissionais de Saúde. Neste questionário não há respostas certas nem erradas. Este inquérito é **ANÓNIMO** e **CONFIDENCIAL**. Não assine.

Muito obrigada pelo seu importante contributo

Face ao seu processo de tratamento (leitura óptica), este inquérito deve ser preenchido utilizando **caneta ou esferográfica preta ou azul** e preenchido como mostra o exemplo.

--	--	--

Preencha assim assim não

I. Dados sócio - demográficos:

1. Está a responder a este questionário como:

- Utente Acompanhante

2. Sexo:

- Feminino Masculino

3. Idade:

- < 18 anos 18 anos - 64 anos > = 65 anos

4. Habilitações Literárias:

- Até 4ª classe 5º - 9º ano Até 12º ano Curso médio Curso superior Mestrado / Doutoramento

5. Área de residência:

- Urbana Rural

6. Nº de contactos que teve com os profissionais de saúde desta instituição nos últimos 12 meses

--	--

II. Avalie a sua satisfação na COMUNICAÇÃO VERBAL com os Profissionais de Saúde, em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Explicação dada do seu problema de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Explicação do seu plano de tratamento/intervenção	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Informação de como vai tomar a medicação	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
5. Linguagem acessível	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
6. Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

III. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Comunicação Verbal

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

- 1 2 3 4 5

IV. Avalie a sua satisfação na COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL com os Profissionais de Saúde, em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Contacto visual quando falaram consigo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Atenção dispensada	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Apoio dos profissionais de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

V. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Comunicação Não Verbal

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

- 1 2 3 4 5



VI. Avalie a sua satisfação na EMPATIA com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Simpatia	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Empatia (os profissionais colocaram-se no seu lugar)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Compreensão	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

VII. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação à Empatia
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.
 1 2 3 4 5

VIII. Avalie a sua satisfação no RESPEITO com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Atraso	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Tratamento personalizado (pelo seu nome)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Respeito (quando falou sobre os seus problemas de saúde)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
5. Respeito pela sua intimidade	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

IX. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação ao Respeito na comunicação
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.
 1 2 3 4 5

X. Avalie a sua satisfação na RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Alteração das datas de exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Resolução dos problemas que surgiram	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

XI. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Resolução de Problemas
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.
 1 2 3 4 5

XII. Avalie a sua satisfação com o MATERIAL DE APOIO na comunicação dos Profissionais de Saúde, relativamente aos seguintes itens:
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Nº de telefone ou outros contactos facultados no local onde foi a consulta, fez o exame ou tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Resumo em papel de como vai tomar a medicação	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
5. Plano do seu tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
6. Marcação por escrito da primeira consulta, exame ou tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

XIII. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação ao Material de Apoio
1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.
 1 2 3 4 5

Comentário que ache conveniente:

Mais uma vez, OBRIGADO pela sua colaboração.

Draft



ANEXO II

Pedido de autorização para aplicação do questionário

VERA LÚCIA SOARES SILVA
Rua da Cruz n.º 118
Penascals
4730-370 Vila Verde

EXMO. SR.º
PROVEDOR DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE VILA VERDE

Assunto: Autorização para recolha de dados a utilizar em investigação

Vila Verde, 27 de Outubro de 2015

EXMO. SR.º PROVEDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VILA VERDE,

Vera Lúcia Soares Silva, Técnica Estagiária, com o número mecanográfico 0865, a exercer funções no serviço de Imagiologia deste hospital, vem expor a V.Ex.ª, para afinal requerer, o seguinte:

A Requerente encontra-se a frequentar o Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Nesse âmbito está a realizar um estudo conducente à execução da tese de mestrado, cujo tema é: "*Satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde*", para o qual é vital a recolha de dados, efectuada através da aplicação de um questionário a utentes deste hospital.

A resposta ao questionário será anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes. E os dados serão objeto de tratamento estatístico.

Pelo que, seria efectivamente necessário que lhe fosse concedida uma autorização para efetuar a recolha de dados a utilizar na investigação, que pretende desenvolver neste hospital.

Face ao exposto, requer a V. Ex.ª se digne a deferir a autorização para proceder à recolha de dados para a investigação, através da entrega aos utentes deste hospital de um questionário.

Agradecendo desde já toda a atenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento.

