

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Satisfação dos Acompanhantes das Crianças com a Qualidade de Atendimento
do Banco de Urgência Pediátrico do Hospital Agostinho Neto

CYNTHIA PINTO

ORIENTADORA: DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESTESL/IPL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2019

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA DO INSTITUTO
POLITÉCNICO DE LISBOA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Satisfação dos Acompanhantes das Crianças com a Qualidade de Atendimento do
Banco de Urgência Pediátrico do Hospital Agostinho Neto

CYNTHIA PINTO

ORIENTADORA: DOUTORA MARGARIDA EIRAS, PROFESSORA ADJUNTA,
ESTESL/IPL

JÚRI:

Presidente - Doutor André Coelho- Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa,
ESTeSL

Arguente – Doutor João Mário Pedro – FC Gulbenkian/Escola Superior de Tecnologias
da Saúde de Lisboa – ESTeSL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2019

Índice

Resumo.....	VII
Abstract.....	VIII
Introdução	1
Capítulo 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
1.1 Qualidade em Saúde.....	7
1.2 Avaliação da Qualidade.....	10
1.3 Avaliação da Qualidade da Saúde em Cabo Verde.....	12
1.4 Satisfação	15
1.5 Urgências.....	17
Capítulo 2. METODOLOGIA.....	21
2.1 Identificação da questão e objetivos.....	21
2.2 Tipo de Estudo	22
2.3 Amostra.....	23
2.4 Definição das Variáveis.....	24
2.5 Local de Estudo e sua caracterização	25
2.6 Participantes	26
2.7 Instrumento, Validade e confiabilidade	26
2.8 Aspetos Éticos	28
2.9 Recolha, armazenamento, análise e apresentação dos dados.....	29
2.10 Procedimentos estatísticos.....	29
Capítulo 3 - Resultados e Discussão.....	31
3.1 Caracterização sociodemográfica dos acompanhantes das crianças inquiridas.....	31
3.2 Análise bivariada e discussão	49
Conclusão	61
Referências Bibliográficas	65
Apêndices	72
Anexos.....	87

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Satisfação em relação à Estrutura física do Banco de Urgência	41
Tabela 2- Atendimento Inicial/Receção	43
Tabela 3 - Frequências relativas – Enfermeiros.....	43
Tabela 4 - Frequências relativas – Médicos	44
Tabela 5 - Frequências relativas – Exames e tratamentos.	46
Tabela 6 - Satisfação em relação ao desempenho da equipa médica em função do sexo.	50
Tabela 7 - Satisfação dos acompanhantes em relação ao desempenho geral da equipa médica em função da faixa etária de 18-30 e 30-40 anos.	50
Tabela 8 - Satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica em função do nível de escolaridade.	51
Tabela 9 - Satisfação dos acompanhantes com desempenho geral da equipa médica em função do grau de parentesco com a criança atendida no BUP.	52
Tabela 10 - Satisfação dos acompanhantes com desempenho geral da equipa médica em função do grau de parentesco com a criança atendida no BUP, sexo, faixa etária e nível de escolaridade do acompanhante	52
Tabela 11 - Teste Qui-quadrado entre Satisfação com desempenho geral da equipa de enfermagem e sexo.....	52
Tabela 12 - Teste de Qui-quadrado entre a satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem e o grau de parentesco com a criança atendida no BUP	53
Tabela 13 - Teste de qui-quadrado entre o nível de escolaridade e satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem que atendeu a criança.....	55
Tabela 14 - Teste de Qui-quadrado entre a satisfação com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes e apresentação de reclamação verbal ou escrita ao serviço do BUP	56
Tabela 15 - Teste de Qui-quadrado entre o estado geral da saúde da criança atendida no BUP e a satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem	56
Tabela 16 - Teste de Qui-quadrado entre o estado geral da saúde da criança atendida no BUP e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica	57
Tabela 17 - Teste de Qui-quadrado entre a proximidade da residência do acompanhante da criança atendida no BUP e a satisfação com o conforto do ambiente do serviço do BUP do HAN	59

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição por sexo da amostra.....	32
Gráfico 2 - Distribuição por faixas etárias da amostra.....	33
Gráfico 3 - Distribuição por nível de Escolaridade da amostra.....	34
Gráfico 4– Distribuição por Grau de Parentesco com a criança.....	35
Gráfico 5 - Distribuição de frequências por Cuidador da Criança.....	35
Gráfico 6 - Distribuição de frequência por hospitalização anterior da criança atendida no BUP.....	37
Gráfico 7– Distribuição de percentagens por estado geral da saúde da criança atendida no BUP.....	37
Gráfico 8 - Distribuição por proximidade da residência com HAN.....	38
Gráfico 9– Distribuição de percentagens por meio de transporte utilizado para se dirigir ao BUP.....	38
Gráfico 10 - Distribuição por tempo de permanência no BUP.....	39
Gráfico 11 - Satisfação em relação ao Conforto do ambiente do BUP.....	42
Gráfico 12 - Satisfação Global sobre desempenho equipa de enfermagem	44
Gráfico 13 - Satisfação Global sobre desempenho da equipa Médica.....	45
Gráfico 14 - Reclamações apresentadas pelos acompanhantes das crianças	46
Gráfico 15 - Satisfação com desempenho geral da equipa de enfermagem em função do sexo.	53
Gráfico 16 - Satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem em função do grau de parentesco.....	54
Gráfico 17 - Distribuição percentual de satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem por nível de escolaridade.....	55
Gráfico 18 - Distribuição de frequências da satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem por estado geral de saúde da criança atendida no BUP.....	57
Gráfico 19 - Distribuição de frequências da satisfação com o desempenho geral da equipa médica por estado geral de saúde da criança atendida no BUP	58

Lista de Abreviaturas

BUP - Banco de Urgência Pediatria

EP - Emergência Pediátrica

CSCV - Carta Sanitária de Cabo Verde

HAN - Hospital Agostinho Neto

SNS - Serviço Nacional de Saúde

RSSS - Região Sanitária Santiago Sul

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Sanitário

OMD'S - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

ONU - Organização das Nações Unidas

SU - Serviços de Urgência

MNS - Ministério da Saúde

IGQPI - Instituto de Gestão da Qualidade e da Propriedade Intelectual

SNQC - Sistema Nacional da Qualidade e Cabo Verde

ARFA - Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Alimentares e Farmacêuticos.

ERIS - Entidade Reguladora Independente da Saúde

JCI - *Joint Commission International*

Resumo

A Qualidade dos cuidados e serviços prestados tem vindo a afirmar-se como uma preocupação central para os gestores e profissionais de saúde, sendo evidente que a satisfação dos utentes constitui um legítimo indicador do nível de desempenho. Conhecer a opinião do utente é indispensável para a monitorização da qualidade e reorganização dos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação dos acompanhantes das crianças face à qualidade do atendimento no banco de urgência pediátrico do Hospital Agostinho Neto na Cidade da Praia.

Método: Para atingir o objetivo preconizado, foi realizado um estudo não experimental, quantitativo do tipo descritivo-correlacional e transversal, numa amostra de 103 acompanhantes de crianças que recorreram ao Banco de Urgência Pediátrico do HAN no período de 1 a 30 de abril.

Resultados: Os itens com os maiores níveis de satisfação estão relacionados com o desempenho dos profissionais de saúde, sendo que 34% dos acompanhantes estavam bastante satisfeitos e 45% totalmente satisfeitos com o desempenho da equipa médica. Os resultados obtidos em relação ao desempenho da equipa de enfermagem também revelaram bons níveis de satisfação, pois 27% da amostra manifestou-se bastante satisfeita e 37% totalmente satisfeita. Todavia, no que respeita às instalações, não podemos falar de níveis positivos de satisfação, dado que, e de acordo com os resultados da pesquisa, 61% dos acompanhantes informaram estar “nada satisfeito” em relação à inexistência de fraldário na casa de banho.

Conclusão: A pesquisa efetuada permite concluir que existem níveis de satisfação positivos em relação ao desempenho dos recursos humanos no banco de urgência do Hospital Agostinho Neto, não obstante a insatisfação em relação à estrutura física do serviço, principalmente em relação a inexistência de fraldários nas casas de banho, limpeza e higiene das casas de banho e conforto do ambiente. No que diz respeito à satisfação dos acompanhantes das crianças em função do sexo, nível de escolaridade e grau de parentesco, verificou-se não existir relação estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Acompanhantes das crianças, Satisfação, Qualidade, Urgência Pediátrica

Abstract

Quality of care and services has been asserting itself as a central concern for managers and health professionals, and it is evident that user's satisfaction is a legitimate indicator of performance level. Knowing the patient's opinion is indispensable for health services quality monitoring and reorganization.

Methods: The present study aims at evaluating the children's companions' satisfaction with the care quality provided by the pediatric emergency department at Agostinho Neto Hospital in Praia. To achieve this goal, a non-experimental, quanti-qualitative, descriptive-correlational and cross-sectional study was conducted on a sample of 103 children's companions who used the HAN Pediatric Emergency Room from April 1 to 30.

Results: The items with the highest levels of satisfaction are related to the health professional's performance, with 34% of the companions being very satisfied and 45% totally satisfied with the medical team's performance. The results obtained regarding the nursing team performance also revealed good levels of satisfaction, as 27% of the sample was very satisfied and 37% fully satisfied. However, regarding the facilities, there's a lack of positive levels of satisfaction, since, according to the survey results, 61% of the companions reported being "not satisfied" with the nonexistence of changing rooms in the toilets.

Conclusion: This research shows that the satisfaction levels concerning Hospital Agostinho Neto 's Emergency Room's, human resources performance are positive, despite the dissatisfaction with the service physical structure, especially regarding the lack of diaper changing facilities in the rooms and. bathrooms, the bathrooms hygiene and the environment's comfort. There was no significant statistical relationship between satisfaction of children's companions and their respective gender, educational level and degree of kinship.

Key words: Accompanying children, Satisfaction, Quality, Pediatric Urgency.

Introdução

A evolução do sistema de saúde cabo-verdiano tem sido positiva nos últimos 20 anos. A esperança de vida do país posiciona-se entre as três melhores da África Subsariana, consequência de decréscimos importantes na mortalidade infantil e na mortalidade geral. Os resultados são ainda mais significativos se considerarmos que as despesas *per capita* com saúde (em paridade com o poder de compra) em Cabo Verde, são muito menores do que em outros países do continente. Por exemplo, o país investe, por pessoa, cerca de 25% do investimento do Botswana e a metade das despesas *per capita* do Gabão. Contudo, a esperança de vida de Cabo Verde é 11 anos superior à do Gabão e 21 anos maior do que no Botswana, um exemplo de eficácia relativa para o sistema cabo-verdiano (OMS, 2013).

Num país insular, pequeno e com poucos recursos financeiros, não foi fácil chegar a esse nível de realização. O carácter montanhoso da maioria das ilhas, a exiguidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, por vezes de difícil acesso, acrescido da inadequação dos meios de transporte de massa, marítimos sobretudo, aumentou as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde dos cidadãos. No entanto, os cabo-verdianos continuam insatisfeitos com o desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados (Delgado, 2012).

Não obstante os bons resultados, o sistema de saúde local não está isento de pressões e desafios de curto e médio prazo. A cobertura de serviços materno-infantis ainda não é universal, com lacunas que superam mais de 20% da população alvo em alguns casos (Alves, 2015).

Segundo dados apresentados pelo relatório estatístico do Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde em 2016, o número de crianças entre a idade de 1 a 4 anos é 50 762 e o de crianças entre os 5 e 9 anos também é de 50 762. Em relação ao concelho da Praia, o relatório de estatísticas de 2016 indica-nos que na capital do país, havia 3 426 crianças com menos de 1 ano de idade numa população de 531 239 indivíduos.

Em termos de instituições prestadoras de cuidados, o SNS possui além dos dois hospitais centrais, três hospitais regionais, vinte e dois centros de saúde, 34 postos sanitários, 117 unidades sanitárias de base, 5 centros de saúde reprodutiva e 2 centros

de saúde mental. De notar-se que os cuidados de Saúde reprodutiva são prestados em todos os centros de saúde. Ressaltam, contudo, como problemas (Ramos, 2008):

- Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;
- Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;
- A população da Praia e do Mindelo, cerca de um quarto da do país, não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respetivo.
- Um sistema de referência e contra referência deficiente por ausência de normas estruturantes;
- Ausência de uniformidade nos equipamentos e aparelhos existentes nos estabelecimentos da mesma categoria da rede, seja de cuidados primários de saúde seja hospitalar, condicionada pela sua aquisição através da ajuda internacional.

Relativamente aos recursos humanos, o rácio médico/habitantes, que em 1997 era de 1/2.675 passou para 1/2.245 em 2006 e o rácio enfermeiro/habitantes evoluiu no mesmo período entre 1/1.807 e 1/1.034, ou seja, em 2006 para 487.121 habitantes, Cabo Verde tinha 217 Médicos e 471 Enfermeiros. O relatório estatístico (HAN, 2016) revela evolução positiva em relação ao aumento de profissionais da saúde dentro do sistema de saúde Cabo-verdiano. Os dados do relatório indicam que em 2016, o SNS tinha 160 médicos clínicos gerais e 248 médicos especialistas, totalizando 408 médicos, o que mostra um aumento de 191 médicos em dez anos. Em relação aos enfermeiros também se notou um aumento de 471 em 2006 para 690 em 2016, ou seja, houve um acréscimo de 273 profissionais da área da enfermagem.

A evolução do efetivo de profissionais de saúde mostra um crescimento significativo e diversificado, mas ainda insuficiente, particularmente em profissionais especializados em diversos domínios, tanto clínico como de saúde pública e de gestão, para satisfazer as necessidades do setor, dar uma resposta diferenciada aos problemas e garantir o cabal funcionamento do sistema. Essa insuficiência, aliada ao não regresso ao país de alguns especialistas nacionais aquando da sua formação, tem obrigado ao recurso à assistência técnica internacional. A recente elaboração de uma Política de Desenvolvimento dos

Recursos Humanos virá contribuir para ajustar a distribuição de quadros pelos níveis de prestação e diminuir o movimento exagerado de doentes para os hospitais, sobretudo os centrais (Alves, 2015).

O Hospital Central da Praia ou Dr. Agostinho Neto (HAN) localiza-se no centro histórico da cidade da Praia - zona do Plateau na região Sudeste da ilha de Santiago – Cabo Verde, pertencente à freguesia de Nossa Senhora da Graça. Este Hospital, para além da população deste concelho serve ainda de referência para toda a população de Cabo Verde quando é necessário, ou seja, é o Hospital de referência dos Cabo-Verdianos. O HAN é a maior unidade Hospitalar do país, uma entidade pública empresarial, sob tutela do Ministério da Saúde, responsável por serviços de grande relevância social cedendo assistência integral, prestando cuidados de saúde diferenciados à população de Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) com cerca de 153.735 habitantes. Este Hospital tem como extensão o Hospital da Trindade, onde são prestados os atendimentos e internamentos dos utentes psiquiátricos. A capacidade oficial do HAN é de 325 camas para internamento, nas valências de Medicina, Pediatria, Maternidade (Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia), Cirurgia, Orto-traumatologia e Trindade “enfermaria Psiquiátrica” (INE, 2016).

No horizonte da melhoria das capacidades organizativas e de gestão dos Hospitais Centrais, em 1993 foi publicado, o Decreto-Lei n.º 14/93, de 15 de março, que aprovou o Estatuto Orgânico dos Hospitais Centrais de Cabo Verde, ao qual veio dotar os hospitais centrais de autonomia adequada, ao tempo, à sua situação de centros de referência para a prestação de cuidados mais especializados.

Artigo 4º do Estatuto Orgânico dos Hospitais Centrais de Cabo Verde (Ministros, 2005) identifica como atribuições dos hospitais centrais:

- a) Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consulta externa e de internamento;
- b) Prestar apoio técnico aos demais serviços e unidades de saúde;
- c) Funcionar como centro de referência para as prestações de cuidados diferenciados e na evacuação de doentes;
- d) Participar nas ações de medicina preventiva e de educação para a saúde;
- e) Organizar a formação contínua dos seus profissionais de saúde;
- f) Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internatos médicos e de cursos e estágios para profissionais de saúde;

- g) Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros paramédicos.

Ainda citando a CSCV (MNS, 2014), o HAN pertence à Região Sanitária de Santiago Sul, abarcando as delegacias de saúde da Praia (que atualmente corresponde aos municípios da Ribeira Grande de Santiago e da Praia), São Domingos e servindo de referência privilegiada (evacuados) a Maio e parte das Delegacias de Saúde da Brava, Sal e Boa Vista, com sede na cidade da Praia. Aponta ainda, que um hospital deste tipo não deve ter menos de 200 camas sob o risco de não poder assegurar, convenientemente, serviços diferenciados ou então que seja dimensionado na base de duas (2) camas por mil habitantes.

O Hospital Dr. Agostinho Neto dispõe de uma equipa multidisciplinar na área de recursos humanos. Em 2016 dispunha de cerca de 1440 profissionais entre os quais 186 Médicos e 237 enfermeiros. Desses profissionais, houve um ligeiro aumento de 1 médico de 2015 para 2016 e um aumento de 227 para 237 enfermeiros no mesmo período (INE, 2016).

Apostando no atendimento humanizado e na alta qualidade dos seus profissionais e das suas instalações, a direção do HAN, começou em 2012 a implementar o Sistema de Gestão da Qualidade – ISSO 9001, de modo a atender aos critérios internacionais da qualidade” (HAN, 2012).

O Governo, no seu programa para VIII legislatura, elegeu a Qualidade da Gestão, a Assistência Hospitalar e a Humanização como eixos prioritários em termos de política de saúde. Assim, o Ministério da Saúde, na materialização dessas políticas, tem prosseguido com medidas que visam o incremento da qualidade na prestação de cuidados através de reforço e promoção de processos de gestão hospitalar, cada vez mais eficientes, tendo como alvo a satisfação das necessidades dos utentes (HAN, 2012).

A especificidade dos pacientes pediátricos encontra-se, principalmente, na maior dificuldade em verbalizar as suas angústias e sofrimentos durante o seu internamento requerendo que os profissionais da saúde compreendam e acolham não apenas a criança doente como também a sua subjetividade em se expressar (Schons & Klock, 2013).

Muitos são os motivos para o utente recorrer primeiramente aos serviços de urgência e emergência, como o seu funcionamento 24 horas, facilidade de resolução dos seus problemas, facilidade de acesso, experiências e recomendações. Em contrapartida os

obstáculos organizacionais e de agendamentos da rede básica de saúde, influenciam nessa característica (Peixoto et al, 2013).

A criança e a sua família, quando procuram o serviço de emergência, necessitam de uma atenção especial em razão das suas características psicobiológicas próprias desse grupo populacional que, em muitos casos, estão sujeitos aos agravos decorrentes das doenças que se manifestam na infância. Esse tipo de atendimento exige recursos materiais e humanos especializados e preparados para que a situação de saúde da criança não se agrave. Muitos são os fatores que colocam a criança em risco. Entre as causas que necessitam da assistência nas unidades de atendimento de EP estão as doenças respiratórias, as intoxicações, os estados convulsivos, os acidentes e traumas, que provocam, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que é a emergência de maior importância na pediatria (Lima & Almeida, 2013).

Segundo o relatório do Hospital Dr. Agostinho Neto (HAN, 2012), existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar. Atualmente há três médicos em regime de permanência (que fazem urgências programadas) e 22 médicos e 15 enfermeiros que integram a escala de urgência.

De acordo com dados facultados pelo relatório semestral do Hospital Dr. Agostinho Neto de 2018, observou-se que o serviço de urgência da pediatria dispunha de 21 leitos, até ao mês de junho de 2018, tinham sido feitos 21 185 atendimentos, com uma média de 3 531 por mês e 117 por dia. O sistema de triagem atualmente utilizado foi implementado em 2012, tratando-se da triagem com classificação de risco, com o objetivo de promoção da equidade do acesso dos cidadãos/ utentes aos SU, isto é, a promoção da redistribuição dos recursos que constituem os SU (recursos humanos e materiais, equipamentos e meios), de acordo com as necessidades dos próprios cidadãos/utentes do SU (Alves, 2015).

Ainda, durante a análise feita ao relatório semestral do HAN de 2018, observou-se que 26,5% dos internamentos do BUP foram causados por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório, não classificados em outra parte. A segunda causa de internamento com 19,7% é derivada de doenças do aparelho respiratório, e a terceira razão é atribuída a lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas com 11,3% dos atendimentos. No mesmo relatório semestral do BUP do HAN consta que foram atendidas 18.094 crianças das quais 1.455 foram internadas e 7 desses resultaram em óbito.

De acordo com (Peixoto et al, 2013), num estudo realizado com intuito de fazer um levantamento sobre as causas predominantes dos atendimentos num serviço de urgência pediátrico de um Hospital Municipal de São Carlos no estado de São Paulo, Brasil, observou-se o predomínio das doenças do aparelho respiratório, nos meses de outono e inverno, seguido por lesões e intoxicações por causas externas, doenças dos olhos e ouvidos e outras mais em índices menores, os mesmos relataram dificuldades na compreensão dos registros em conjunto com a omissão de hipóteses diagnósticas, notando ainda um alto percentual, referente a 34%, de diagnósticos alocados à classificação de “outros”.

Quando comparamos os principais indicadores de saúde no mundo, por exemplo, os relacionados com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM's), salta à vista a desigual distribuição da saúde entre os países, no seio dos países, e entre os subgrupos populacionais, por exemplo, entre os ricos e os pobres e entre os homens e as mulheres (Chan, 2012).

Cabo Verde, apesar de ter atingido vários objetivos em saúde, ocupa neste momento, num ranking mundial de 188 países, a posição 123º, isso de acordo com um estudo realizado em 2015 pela revista científica – *The Lancet*, estudo que avalia os índices que representam todos os 33 indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde incluídos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e indicadores relacionados à saúde não incluídos nos ODMs (Lancet, 2016).

Porém, como foi referido no Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde em 2007 (Boal, 2007) com projeção para 2020, os cabo-verdianos continuam insatisfeitos com o desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. O objetivo principal deste estudo é avaliar a satisfação dos acompanhantes das crianças com a qualidade do atendimento no banco de urgência da pediatria do Hospital Agostinho Neto, levando em conta que a satisfação é um dos indicadores fulcrais para medição da qualidade de um serviço de saúde.

Capítulo 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Qualidade em Saúde

O termo qualidade, deriva do latim *qualis* que significa – tal e qual como as coisas são. A subjetividade inerente ao conceito de qualidade dificulta a sua interpretação podendo assumir diferentes significados em função das pessoas e do contexto. Contudo, é considerada universalmente como algo que afeta positivamente a vida das organizações e a vida de cada um de nós (Rego, 2008) (Gomes A. , 2014).

Procurar definir qualidade é desafiante tendo em conta a sua complexidade e multidimensionalidade. Teixeira (Teixeira et al, 2016) vai mais longe e considera que a própria filosofia da qualidade adota uma posição de inexistência de uma definição absoluta e universal.

O conceito de qualidade despontou, após a Primeira Guerra Mundial, no contexto industrial, particularmente na indústria japonesa. Posteriormente, o conceito foi aplicado a toda a atividade humana (Gomes A. , 2014).

Para melhor entender este conceito, vamos aqui apresentar as três fases da qualidade em saúde de acordo com Serapioni (Serapioni, 2009).

Primeira Fase: Inicialmente, o tema da qualidade da atenção à saúde interessava somente a pequenos grupos de médicos iluminados. A *Quality Assurance* (garantia de qualidade) pode ser considerada o primeiro método, desenvolvido originalmente nos Estados Unidos da América no começo do século XX, para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico.

Mas é somente a partir dos estudos pioneiros de Donabedian (Donabedian A. , 1989) que a *Quality Assurance* se desenvolve conceitual e metodologicamente e se difunde, graças ao apoio da OMS, em muitos países do mundo. Sucessivamente, foram desenhados outros métodos para monitorar e avaliar a qualidade técnica da atenção à saúde. A auditoria clínica e a auditoria médica, a acreditação profissional e, mais recentemente, a medicina baseada em evidências e as *guidelines* representam um conjunto de ferramentas cujo objetivo principal é avaliar o desempenho profissional e estimular mudanças nas práticas adotadas.

Segunda fase: Até a metade dos anos 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos

profissionais da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. Entretanto, o risco de reduzir a qualidade somente à dimensão técnico-profissional, com preocupantes efeitos de responsabilização dos profissionais de saúde, tem favorecido, a partir do final dos anos 1980, o desenvolvimento de uma segunda etapa da qualidade (Giarelli, 2002).

Esse segundo momento focaliza-se nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais que as abordagens precedentes não tinham considerado suficientemente (Giarelli, 2002). Os sistemas da Qualidade Total e do Melhoramento Contínuo da Qualidade, advindos das empresas industriais japonesas e americanas, concentram-se na gestão dos processos de saúde orientados às expectativas do cliente. Nessa mesma direção, é preciso mencionar outros métodos de avaliação da qualidade na visão do gerente, tais como a certificação de qualidade e a acreditação institucional.

Terceira fase: A ênfase no cliente e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação (Giarelli, 2002).

O relatório Griffith (Griffiths, 1983), o livro branco do governo britânico *Working for the Patient* de 1989, assim como a institucionalização das Cartas de Serviços (*Citizens' Charters*) no começo dos anos 1990 representam os momentos inspiradores da terceira fase da avaliação da qualidade em saúde. A partir desse momento, a visão do paciente é considerada essencial junto à perspectiva técnica e à organizacional. Questionários, grupos focais, assembleias públicas, análise de queixas e reclamações dos pacientes, análise dos processos de fluxo dos pacientes e várias tipologias de estudos etnográficos representam as possíveis estratégias para identificar a qualidade percebida pelos utentes. Contudo, é preciso assinalar que a grande maioria das pesquisas de satisfação dos utentes é realizada, a nível internacional, por meio de questionários estruturados, muito criticados por apresentarem sérios vieses conceituais e metodológicos, responsáveis pelos altos índices de satisfação obtidos.

Por essa razão, os estudiosos do sector recomendam adotar, também, abordagens narrativas, fundamentadas em premissas fenomenológicas e hermenêuticas que põem no centro da análise a experiência do paciente sobre a sua doença, o percurso terapêutico e a interpretação que ele atribui à própria experiência (Good, 1999 Apud Serapioni 2009).

Por outro lado, Joseph Juran, define qualidade como sendo a adequação de um produto à utilização pretendida, aproximando o conceito à perspectiva do utilizador. Para Juran o processo de gestão de qualidade tem três fases: planeamento, controlo e melhoria. Ele acrescenta ainda que deverão ser criadas equipas de projeto para cada uma destas fases (Gomes P. , 2004).

Mais tarde surge um novo contributo para a teoria da qualidade por Philip Crosby que introduz a ideia de que a qualidade é gratuita defendendo o conceito de zero defeitos ou produção sem defeitos (Gomes P. , 2004).

Outra teoria também, nos é apresentada por Illich, 1976; Engel, 1977; Eisenberg e Kleinman 1981, onde afirmam que em primeiro lugar, é preciso assinalar a complexidade da mesma conceção de saúde que, após as críticas ao processo de medicalização da vida, considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquicas, inclusos os componentes espirituais, relacionais e sociais (Mainardes, 2010).

Quer a preocupação crescente das pessoas relativamente à sua saúde, quer a mudança de atitude no que respeita à mesma, justificam a importância que os serviços de saúde têm vindo a adquirir (Eiriz, 2006).

Deming, baseado no trabalho desenvolvido pelo estatístico Walter Shewart, aplicou uma ferramenta – o ciclo da melhoria contínua – *Plan, Do, Check, Act*.

- *Plan*: Definir objetivos;
- *Do*: Estabelecer os Instrumentos de Medida;
- *Check*: Desenvolver as mudanças;
- *Act*: Testar as mudanças

Os profissionais de saúde não concebem a possibilidade de utilizarem medidas padrão, na medida em que tratam cada doente de forma exclusiva nas suas dimensões física, psíquica e sociocultural, não passível, portanto, de ser submetida a qualquer padrão. E surge neste âmbito, a definição de qualidade em saúde apresentada pelo *Institute of Medicine* (IoM) em 1990 *the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge* (Harris-Wehling, 1990).

Uma teoria que também chama a nossa atenção neste contexto é a proposta de Maxwell (1984) que vincula a qualidade de saúde aos seguintes aspetos:

- I. Efetividade para os doentes individuais;

- II. Aceitabilidade social;
- III. Eficiência no sentido da maximização do resultado para um determinado *input*;
- IV. Acessibilidade aos serviços e inexistência de barreiras;
- V. Equidade; e,
- VI. Relevância face às necessidades da comunidade.

Donabedian (Donabedian A. , 1980), fala-nos sobre o equilíbrio que deve resultar dos diferentes pontos de vista em relação à qualidade, pois ele afirma que devido à subjetividade que envolve este conceito, os seus resultados vão de acordo com a entidade que o utiliza (médico, doente, gestor ou autoridade de saúde).

As políticas de saúde, na generalidade dos países desenvolvidos, refletem a preocupação crescente com a avaliação e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Nutley & Manion, 2000).

Cabo Verde, como país de desenvolvimento médio, também não foge ao conceito de Governança Global e Saúde, pois, o país aceitou o desafio lançado pela ONU de cumprir os ODM's e para isso teve de consolidar, desenvolver e implementar um conjunto de ações estratégicas, que lhe permitirá atingir uma série de objetivos e metas. Dois dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio exigidos pela ONU eram: melhorar a saúde materna e diminuir a mortalidade infantil. Logo entende-se que dentro deste domínio se pode falar da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças em Cabo Verde:

“À luz do artigo 70º da Constituição da República todos têm direito à saúde, incumbindo ao Estado garantir esse direito. Por “garantir esse direito” entende-se criar as condições para a existência e o funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde que possa prestar um conjunto básico de cuidados de saúde promocionais, preventivos, de tratamento e de recuperação e possa regulamentar e fiscalizar a atividade e a qualidade dessa prestação.” (Fontes, 2014).

1.2 Avaliação da Qualidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989), considera como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga. Atualmente verifica-se uma vigorosa retomada do tema. Relatos demonstram que desde o século passado se avaliam serviços de modo mais ou menos sistemático (Franco & Campos, 1998).

Nas últimas décadas, a maior parte da literatura sobre o assunto tem-se concentrado em medições clínicas. Observa-se que a maioria dos estudos sobre esta matéria provêm de países desenvolvidos, pois a consciência de responsabilização dos prestadores de serviços de saúde no intuito de proteger os consumidores encontra-se mais enraizada (Gomes C. , 1995).

Conforme, demonstramos no tópico anterior sobre qualidade em saúde, também vários enfoques têm sido dados à avaliação, refletindo as diferentes concepções sobre a qualidade da atenção à saúde. Atualmente reconhece-se essa diversidade conceitual como decorrente das diferentes posições que os atores ocupam no sistema de atenção à saúde, sejam eles os profissionais, as organizações de assistência, os compradores de serviços, os usuários, etc. (Ruiz, 2004).

A maioria dos autores situa os objetivos da avaliação dentro do âmbito técnico e racionalizador, ou seja, o de criar normas ou procedimentos, modificar políticas, estabelecer prioridades, visando aumentar a efetividade e a eficácia da atenção, possibilitando a mais adequada alocação de recursos, segundo critérios técnicos (Franco & Campos, 1998).

Outro objetivo citado é o educativo, propiciando material de ensino para a educação contínua dos profissionais de saúde e definindo a função e responsabilidade do paciente no processo de atenção. Recentemente, em alguns países, têm surgido iniciativas tanto governamentais, quanto da sociedade, exigindo maiores responsabilidades dos prestadores de serviços, com o intuito de proteger os consumidores. O número crescente de leis, normas e regulamentações evidencia este fato e decorre, daí, um outro objetivo da avaliação: reconhecer os direitos de cidadania dos consumidores de serviços de saúde (Formigli & Silva , 1994).

Avaliar é, portanto, um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

Os métodos propostos para a avaliação estão obviamente relacionados com os seus propósitos e irão influenciar diretamente os resultados (Donabedian A. , 1989).

Donabedian (1992), foca a avaliação da qualidade no seu modelo chamado Tríade de Donabedian onde a avaliação será realizada com base em indicadores que representam três aspetos: Estrutura, Processo e Resultado. Ele enfatiza ações sobre os indivíduos ou a comunidade, com uma perspetiva institucional ou territorial e populacional; centrando-se uma vez nos prestadores e outra nos usuários e ressaltando aspetos clínicos, organizacionais, económicos ou docentes (Gomes C. , 1995).

A avaliação da Estrutura desenvolve-se a nível institucional e abrange elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (Formigli & Silva , 1994).

A análise de Processo tem como referencial o indivíduo e a população. Nesta interpelação realiza-se uma relação entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência médica no tratamento do problema e os aspetos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a procura pelos serviços de saúde até ao diagnóstico e tratamento (Formigli & Silva , 1994).

No estudo do Processo, a avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registos médicos, e utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática médica rotineira para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (Uchimura & Bosi, 2002).

A avaliação de Resultado por sua vez é considerada como sendo o mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém, ela sofre a interferência de muitos fatores. Nesta fase da avaliação observam-se as mudanças, relacionadas com conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência (Formigli & Silva , 1994).

1.3 Avaliação da Qualidade da Saúde em Cabo Verde

O sector da saúde exhibe importantes diferenças em relação à indústria, principalmente por se lidar com a vida e a morte e pela falta de literacia e entendimento técnico-científico da maioria dos utentes para julgar a qualidade técnica da prestação de cuidados e para gerir a sua própria saúde (Sakellarides, 2011).

Em países desenvolvidos na Europa e na América já existem entidades que foram criadas para desenvolverem instrumentos de medida que visam avaliar bens e serviços no mercado através da satisfação dos clientes.

No dia 10 de janeiro de 2019 foi criada em Cabo Verde, a ERIS (Entidade Reguladora Independente da Saúde) uma autoridade administrativa independente, de base institucional, que goza de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Dotada de funções reguladoras, incluindo as de regulamentação, supervisão e sancionamento de infrações, a ERIS tem a missão de contribuir para a proteção da saúde pública e dos interesses do cidadão, assegurando um elevado nível de segurança sanitária dos setores objeto de regulação (Arfa, 2019).

No âmbito do programa de reformas que visa o reforço das atividades de regulação técnica e económica existentes, a resolução de lacunas, nomeadamente a regulação da prestação de cuidados de saúde e a racionalização de estruturas, o Governo aprovou a criação da ERIS, extinguindo-se em consequência, a ARFA, a Direção Geral de Farmácia (DGF) e a Inspeção Geral da Saúde (IGS) (Arfa, 2019).

O Decreto-Lei nº 03/2019, de 10 de janeiro, que cria a Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS) e extingue a Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA) foi publicado no B. O. nº 03, I Série, 1º Supl. O diploma foi divulgado no sítio eletrónico da Imprensa Nacional de Cabo Verde (INCV) no dia 15 de janeiro de 2019, com entrada em vigor no dia seguinte a sua publicação.

A ERIS funciona como reguladora, mas igualmente como garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos e como sustentáculo de um Sistema Nacional de Saúde moderno e aberto aos desafios contemporâneos. Deste modo, com a criação da ERIS é estabelecido um marco no quadro regulador existente, notoriamente ampliado e mais fortalecido, especialmente porque na sua génese está patente a necessidade de promoção da cidadania, e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência, simplificação e racionalização, que se traduzem diretamente na redução de gasto público supérfluo e otimização dos recursos humanos existentes (Conselho de Ministros, 2019).

Concluídas as pesquisas junto das várias entidades supracitadas, entendemos que a avaliação dos serviços de saúde em Cabo Verde ainda está sobre a alçada dos próprios serviços de saúde. Apesar da ERIS se encontrar neste momento em pleno funcionamento, não obtivemos informação sobre a sua atuação na fiscalização dos serviços de saúde.

Uma revisão feita ao PNDS 2012-2016 revelou que o mesmo deveria propiciar mecanismos de garantia da qualidade das prestações sendo esperado a criação de um Programa de Garantia da Qualidade que ainda não foi concretizado. Além disso, esperava-se poder também criar mecanismos para assegurar a acreditação das instituições de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas.

Em relação a acreditação dos serviços hospitalares, o HAN conseguiu desenvolver um processo que culminou na acreditação de 4 serviços em 2015/2016: serviço de Diálise, serviço de Banco de Sangue, serviço de Laboratório de Análises Clínicas e serviço de Laboratório ELISA. No entanto, há dúvidas quanto à capacidade para mobilizar recursos financeiros para manter e ou acreditar novos serviços devido ao custo elevado do processo (Alves, 2015).

Quanto à inspeção geral e qualidade dos serviços de saúde, a Inspeção Geral da Saúde, desenvolveu um processo de auditorias, com a função de aprendizagem e tendo por objetivo verificar o grau de cumprimento no preenchimento das fichas de atendimento, nos serviços de urgência e dos processos clínicos de internamento. A conclusão em relação aos serviços visitados (10 no primeiro semestre de 2016) é de que não há uniformidade dos instrumentos e existem taxas elevadas de irregularidades, muito superiores aos 10% aceites (Dupret, 2017).

O PNDS ainda nos dá informação que dois estudos solicitados pelo MS, nesta área, um dos quais foi realizado em 6 Centros de Saúde, mostra que, numa escala de 1 a 4, o nível de satisfação mais alto cifrou-se em 3,13 e o mais baixo em 2,31. Tempo de espera baixo e isenção na compra de medicamentos tiveram uma correlação positiva com o grau de satisfação. Neste estudo foram ainda identificados problemas relacionados à acessibilidade aos centros de saúde e hospitais, ao agendamento de consultas de especialidade, ao tempo de espera para as consultas (Dupret, 2017).

O segundo estudo acima mencionado, realizado em 6 hospitais (2 centrais e 4 regionais) e cujo relatório ainda é preliminar, analisou as perceções dos utentes em relação à qualidade geral do serviço prestado, ao tempo de espera para o atendimento, aos custos dos serviços prestados, à qualidade global do atendimento e às expectativas concernentes à qualidade dos serviços prestados. As pontuações obtidas situam-se entre 4,5 e 5,7 numa escala de 1 a 10 (Dupret, 2017).

1.4 Satisfação

O termo satisfação provém do latim “*satisfactione*” e traduz o ato ou efeito de satisfazer, significando saciedade ou sentimento de bem-estar que se manifesta nas pessoas, como resultado da realização do esperado ou desejado, sob a forma de alegria, contentamento, agrado e aprazimento. De um modo genérico a satisfação pode ser entendida como o “resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter”. É, portanto, um conceito subjetivo e dinâmico, com diferentes significados, em diferentes contextos e com forte valor cultural (Hespanhol, 2008).

Pesquisadores concluíram deste modo que a satisfação dos utilizadores está diretamente relacionada com as suas necessidades e expectativas. O tema das necessidades em saúde pode ser abordado sob diferentes bases conceptuais, podendo traduzir necessidades individuais ou coletivas, podendo focalizar-se na prestação direta de cuidados ou num contexto mais alargado, incorporando determinantes ambientais e sociais, entre outras abordagens. O conceito de expectativas é muitas vezes associado às necessidades expressas ou às exigências do cidadão, tendo sido ainda pouco estudado (Abrantes, 2012).

A satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde. Atualmente os utentes estão mais informados sobre questões relacionadas com o seu estado de saúde, pelo que os serviços de saúde devem ter em consideração as suas necessidades e exigências (Taylor, 1994).

Atualmente é ponto assente que qualidade e satisfação são dois conceitos que caminham lado a lado nos serviços de saúde. A preocupação com a qualidade tem aumentado exponencialmente nos últimos anos sendo por isso evidente que a satisfação dos utentes face aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador de qualidade. Deste modo, a preocupação com a satisfação em serviços de saúde tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral. Assim, a satisfação com os serviços tem vindo a afirmar-se, gradativamente, como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Franco & Campos, 1998).

Donabedian, afirma que a satisfação do utente é uma medida da qualidade dos cuidados, porque nos dá o *feedback* acerca do sucesso dos cuidados dos prestadores

em relação às expectativas dos utentes. “A medida da satisfação é uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento” (Sepúlveda, 1998).

Rodrigues (2010), apresenta-nos as seguintes determinantes da satisfação que foram enunciadas por Cleary e McNeil (1988):

- Características sociodemográficas, sendo as mais estudadas a idade, o estado civil, o género, a educação, a ocupação e o rendimento. Os estudos não são claros sobre a influência destas características, sendo a idade e o grau de ensino as que apresentam maior impacto na satisfação (Bleich, Ozaltine , & Murray, 2009);
- Estado físico e psicológico, ou seja, o estado de saúde prévio e a gravidade da doença associada ao estado psicológico, podem afetar a perceção dos cuidados prestados, condicionar os próprios resultados e a satisfação. Os utilizadores que relatam mau estado de saúde têm menor probabilidade de se encontrarem satisfeitos com o sistema de saúde;
- Estrutura, que engloba as condições físicas dos serviços, as amenidades, a estrutura orgânico-funcional e as características dos prestadores;
- Acessibilidade e continuidade de cuidados, que diz respeito à distância, ao tempo gasto para marcar a consulta ou ser atendido, horários praticados, e a continuidade de cuidados tendo em conta a mesma organização, a mesma localização e o mesmo prestador;
- Processo, que representa a competência técnica e as qualificações dos prestadores, englobando aspetos técnicos e interpessoais, com destaque para características associadas como a comunicação, a relação de ajuda e a humanização;
- Aspetos interpessoais, relacionados com a comunicação, que incluem a preocupação e a sensibilidade dos prestadores para com as necessidades dos utilizadores;
- Resultados, dos quais a melhoria do estado de saúde se destaca. Atitudes de expectativa sobre os cuidados de saúde, ou seja, com base no conhecimento prévio dos recursos, os utilizadores criam expectativas sobre as capacidades existentes para responder às suas necessidades. Porém, o nível de expectativa está relacionado com a personalidade, as experiências anteriores, os valores, o contexto dos cuidados e a própria natureza e evolução da doença (Bleich, Ozaltine , & Murray, 2009).

Nesta linha de pensamento é fácil perceber porque vários autores consideram a perspectiva do utente como um elemento fundamental tanto para a identificação e resolução de problemas como para a reorganização de serviços. Assim, a monitorização do nível de satisfação dos utentes constitui um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde devem assegurar, pela importância de que se reveste, não apenas para a avaliação dos resultados, mas sobretudo pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços que tal informação proporciona.

1.5 Urgências

Os conceitos de prestação de cuidados de saúde e de prestação de cuidados de saúde em ambiente de urgência hospitalar não coincidem em todos os aspetos. Por esta razão, de alguma forma, considera-se a prestação de cuidados em ambiente de urgência hospitalar como uma das realidades mais “agressivas” da prática de cuidar/tratar. O contexto particular que envolve o trabalho do profissional de saúde em ambiente de urgência exige um desenvolvimento das capacidades críticas reflexivas quer sobre as suas práticas quer sobre as práticas dos restantes que atuam no mesmo ambiente, além de visarem, simultaneamente, as vivências e experiências, frutos da relação de ajuda com os doentes (Giglio-Jacquemot, 2005).

A área do atendimento nas urgências e emergências constituem-se de grande importância na rede de serviços de saúde, tendo em vista que a qualidade da assistência prestada nesse momento é fator decisivo, para possibilitar futuras intervenções e minimizar possíveis sequelas. “A Organização Pan-Americana de Saúde ressalta que as unidades urgência e emergência estão para alongar a vida ou prevenir consequências críticas, com atendimento imediato” (Galloti, 2003). Assim é necessária a organização desse atendimento através do acolhimento com classificação de risco, para que possa realizar uma primeira atenção qualificada, como a estabilização e referências adequadas dos pacientes graves.

O Serviço de Urgência distingue-se dos outros serviços de prestação de cuidados de saúde, desde logo pela sua missão de abordar situações urgentes e emergentes que, se não forem atendidas prontamente, poderão colocar em risco a vida do doente. Assim sendo, este serviço cumpre o objetivo de prestar cuidados contínuos e de elevada qualidade ao doente crítico, num espaço privilegiado, em termos técnicos e humanos, preparado para fazer face e resolver a maioria das situações adversas com as quais se pode deparar (Vaz, 2008).

Cada hospital, em função das suas características específicas e do âmbito a que se destina, encontra-se dotado de diferentes equipamentos e serviços de natureza técnica e humana, determinados em função de estudos estatísticos que têm como objetivo apurar as necessidades de prestações de cuidados de emergência às populações alvo (Vaz, 2008).

Os profissionais da saúde que trabalham na urgência e emergência dos prontos-socorros são confrontados, diariamente com questões relacionadas às causas geradoras de stress. Por sua vez, devem atender às necessidades dos clientes e as cobranças da instituição, “precisam ser rápidos, imediatos em suas ações” (Baradel, 2004), e, com isso agem de forma desumanizada.

Reunidas as condições expostas, não é difícil perceber que o serviço de urgência é particularmente despersonalizante (Andrade et al., 2009). Ao dar entrada no serviço de urgência, o doente não será ouvido no que respeita aos cuidados físicos, de socialização ou privacidade. A partir do momento em que é admitido, perde a independência (muitas vezes devido à diminuição da sua força física) e fica aos cuidados de médicos e enfermeiros.

O fenómeno mundial da sobrelotação que ocorre nos serviços de emergência hospitalar é também uma realidade comum a Cabo Verde. Vários fatores estão envolvidos na génese desse problema; entre eles, os mais expressivos são o aumento da violência urbana, a maior incidência dos agravos de causa externa e o envelhecimento populacional, que influencia o aumento da prevalência de doenças crónicas degenerativas. Essa procura aumentada por serviços hospitalares de carácter emergencial tem impacto na demora no atendimento e na sobrecarga da equipa de saúde, gerando uma assistência de baixa qualidade (Bittencourt & Hortale, 2009).

Os meios de comunicação hoje, a par dos próprios doentes, não se abstêm de questionar a humanização, ou a falta dela, no atendimento prestado às pessoas nos serviços de urgência. A demora no atendimento, o atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde, a inadequação da área física, a falta de material descartável, a falta de equipamentos e/ou de recursos humanos merecem apreciações nada abonatórias por parte de uns e outros. Parece, pois, necessário, diante desta situação, estabelecer a distinção do atendimento humanizado na perspetiva quer do doente, quer do acompanhante do doente. Andrade et al. (2009), afirma que um hospital humanizado será “aquele que na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e

respeita a pessoa, colocando-se a serviço desta, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

As dificuldades do sistema de saúde em atingir as metas de igualdade, universalidade e descentralização do acesso também são evidenciadas na pediatria devido à sobrecarga dos serviços de urgência e à fragilidade do sistema de referência/contra referência (Lima & Almeida, 2013).

Nas urgências pediátricas, o foco da atenção é prioritariamente, mas não exclusivamente, a criança pois esta tem direito a um acompanhante, que também deve ser alvo da assistência. Nestes locais, o processo de trabalho da equipa deve estar centrado na prática assistencial, educativa e na administração do serviço de saúde, bem como, na necessidade de cuidar das crianças com necessidades de saúde urgentes e seus acompanhantes (Neves F. , 2016).

A sobrelotação de crianças nos serviços de urgência Infantil prejudica a qualidade dos cuidados, onde pacientes que necessitam de agilidade no atendimento esperam muitas horas junto àqueles que demandam cuidados e orientações primárias e, por sua vez, ocasiona comprometimento na qualidade dos cuidados (Nascimento, 2017).

Considera-se que existe uma falta de conhecimento por parte dos utentes sobre a real missão dos serviços de urgência, citado por Machado (2011), bem como os atrasos e a limitação dos agendamentos na rede pública de saúde, fazem com que os mesmos procurem este serviço na certeza de encontrar médicos e enfermeiros durante 24 horas e também procuram a urgência na expectativa de as suas necessidades serem resolvidas num curto espaço de tempo.

Frente a essa situação, a reforma do setor da saúde em Cabo Verde pretende promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorar a gestão dos recursos humanos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento, ou seja, ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes (PNS,2007 & PNDS, 2012).

A política nacional de saúde em Cabo Verde, prioriza a intervenção primária nos cuidados das doenças da infância. Os centros de saúde que se encontram sobe alçada das delegacias de saúde, se encontram preparados para atendimento de crianças, consultas de rotina e também de urgências nos períodos das oito horas da manhã até às dezoito horas. Crianças e seus acompanhantes são encaminhados ao hospital em caso

de situações de saúde graves que ultrapassem os serviços nos centros de saúde (Delgado, 2012).

No cenário internacional, pesquisas demonstram a preocupação constante em relação à melhoria no atendimento de doenças agudas, crônicas e cuidados preventivos para reduzir a demanda desnecessária de crianças nos serviços de urgência (Zickafoose , 2013).

O departamento de urgências é um cenário importante para se avaliar a satisfação do paciente, pois fornece ao paciente a primeira e única experiência do serviço hospitalar para muitas pessoas e, sendo assim, tem sido considerado como um fator determinante da reputação de um hospital (Stuart et al., 2003).

A sobrelotação das urgências foi negativamente associada à satisfação do atendimento, uma vez que pode causar atraso ou interrupção do atendimento, desafiando a capacidade dos profissionais de saúde de prestarem atendimento respeitoso e sensível (O'malley et al., 2008). Além disso, o contato com os profissionais de saúde são frequentemente curtos e intensos, deixando pouco espaço para o cuidado emocional, psicológico e social (Baren, 2001; O'malley et al., 2008).

A satisfação dos pais com a qualidade dos cuidados recebidos no hospital tem sido associada à melhor adesão ao tratamento e resultados positivos (Kelly, 2000). Fornecer esses cuidados é um desafio, pois além da sobrelotação, a ansiedade dos pais, frente à necessidade de uma consulta de urgência, medo dos efeitos prejudiciais dos medicamentos, os atrasos e a limitação de profissionais da saúde também constituem uma preocupação (Downey, 2010; Lowe et al., 2012).

Capítulo 2. METODOLOGIA

2.1 Identificação da questão e objetivos

Segundo Fortin (2003), a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Para este estudo formulou-se uma questão de investigação que é uma pergunta explícita respeitante a um tema que se pretende examinar, tendo como objetivo desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e inequívoco cujos conceitos utilizados deverão ser definidos. Para além disso, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

De fato, a avaliação da satisfação do utente com os cuidados prestados deve ser tida como um ato normal e desejável, já que é através desta que se obterá informações primordiais para planear, (re)orientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade do serviço, indo de encontro às necessidades e expectativas dos utentes, dentro da medida do possível.

Foi com base nestas premissas que definimos como principais objetivos: identificar a satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Agostinho Neto, situado na cidade da Praia em Cabo Verde. A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através das variáveis prioritárias detetadas.

Como aluna do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, a área de gestão da qualidade e segurança do doente chamou atenção e despertou muito interesse, sentimos que a escolha deste tema permitiu-nos obter uma visão mais adequada e orientada para as seguintes questões de investigação:

1. Qual a satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do HAN em relação às seguintes dimensões: aspetos gerais, atendimento, acesso, admissão de doentes, pessoal, exames, tratamentos, instalações e por fim, satisfação global em relação ao atendimento?
2. Qual a influência das variáveis sócio demográficas, nomeadamente a idade, sexo, nível de escolaridade e grau de parentesco com a criança do inquirido sobre a satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do HAN com o desempenho geral da equipa médica, equipa de enfermagem e tempo de espera pelos resultados dos exames?

3. Qual a relação entre os relatos positivos descritos pelos acompanhantes da sua satisfação sobre o desempenho geral da equipa médica e a apresentação de reclamações verbais ou escritas?
4. Qual a relação entre a proximidade da residência do acompanhante com o BUP e a satisfação sobre o conforto do ambiente do BUP?
5. Qual é a influência do estado geral da saúde das crianças sobre a satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica e de enfermagem?

De forma a responder a estas questões, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Construir um questionário que permita avaliar a satisfação dos acompanhantes das crianças em observação no BUP do HAN;
- Identificar a satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Banco de Urgência Pediátrico do HAN relativamente aos serviços prestados;
- Analisar a opinião dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Banco de Urgência Pediátrico do HAN em relação às seguintes dimensões: aspetos gerais, acesso, atendimento, pessoal, exames e tratamentos e instalações;
- Analisar a influência entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, sexo, nível de escolaridade e grau de parentesco com a criança do inquirido, e o nível de satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Banco de Urgência Pediátrico do HAN em relação aos itens considerados mais importantes no atendimento.
- Analisar a influência do estado geral da saúde das crianças sobre a satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica e de enfermagem.
- Analisar a relação entre a satisfação com o conforto do ambiente do BUP e a proximidade da residência dos acompanhantes das crianças.

2.2 Tipo de Estudo

Para atingir os objetivos propostos e dar resposta às questões de investigação foi realizado um estudo não experimental, quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e transversal.

De acordo com Fortin (2003), um estudo descritivo é aquele que pretende descrever e explorar uma situação e é transversal porque foi realizado durante um período bem limitado de tempo. O objetivo dos estudos descritivos “consiste em discriminar os fatores

determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenômeno em estudo”.

Investigação correlacional debruça-se na determinação das relações que existem entre as variáveis. O objetivo não é manipular as variáveis, mas sim uma investigação da extensão em que as variáveis estão relacionadas (Bento, 2009).

Tendo em consideração as características do estudo e as variáveis que se pretendem estudar, houve a necessidade de operacionalizar as variáveis de uma de forma quantitativa, para o efeito utilizou-se a escala de Likert de 6 pontos.

Uma escala tipo Likert é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o discordo totalmente (nível 1), até ao concordo totalmente (nível 5, 7 ou 11). Mede-se a atitude do sujeito somando, ou calculando a média, do nível selecionado para cada item (Ghiglione, 1993).

2.3 Amostra

Citando Fortin (2003), população é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação. A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de indivíduos que fazem parte da mesma população.

O HAN é a maior unidade Hospitalar do país e responsável por serviços de grande relevância social cedendo assistência integral, prestando cuidados de saúde diferenciados à população de Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) com cerca de 153.735 habitantes. Ele ainda tem como extensão o Hospital da Trindade, onde são prestados os atendimento e internamentos dos utentes psiquiátricos. A capacidade oficial do HAN é de 348 camas para internamento, nas valências de Medicina, Pediatria, Maternidade (Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia), Cirurgia, Orto-traumatologia e Trindade “enfermaria Psiquiátrica.

No presente estudo, a população corresponde aos acompanhantes das crianças que se dirigiram ao serviço urgência da pediatria do HAN no período de um mês, abril de 2019.

O método de amostragem utilizado neste estudo é de amostra acidental ou de conveniência pelo fato dos sujeitos serem facilmente acessíveis e responderem aos critérios de inclusão necessários, o que permite selecionar indivíduos que estão no local certo e no momento certo. Como se recorreu a um método de amostragem não-causal

(amostragem por conveniência) por ser rápido e fácil, tem-se a limitação de que os resultados e as conclusões somente se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo (Hill & Hill, 2005).

A pesquisa foi realizada com uma amostra não probabilística de 103 acompanhantes que foi escolhida por conveniência, tal como referido no parágrafo anterior, nos períodos de manhã, tarde e noite, cujas crianças foram atendidas no banco de urgência pediátrico do HAN e assistidas nas salas de observação do banco de urgência pediátrica do HAN nos períodos de 1 a 30 de abril.

Os questionários foram aplicados em forma de entrevista, uma vez, que se considerou ser mais fácil para os acompanhantes, pelo fato desses não terem disponibilidade de deixarem os seus filhos pequenos naquele instante para responderem o questionário, o que poderia levar a diminuição da taxa de respondentes.

Através da aplicação do questionário aos acompanhantes das crianças conseguimos caracterizar a população que aflui ao serviço de urgência pediátrica do BUP do HAN diariamente. É possível identificar as características sociodemográficas, mais precisamente, de informação sobre a distribuição do sexo idade, profissão, estado civil. Identificar também características referentes à percepção de posturas e fatores físicos do serviço e de opiniões e atitudes, que são identificados pela literatura como importantes no desenvolvimento e explicação do perfil do acompanhante da criança e importante para identificar o que concorre para a satisfação do mesmo quando recorre ao serviço de urgência.

É importante, esclarecer que durante o estudo não tivemos acesso à ficha médica das crianças e o questionário não contém nenhuma pergunta sobre o diagnóstico ou a razão pela qual os acompanhantes e suas crianças se deslocaram ao BUP.

2.4 Definição das Variáveis

A qualidade do serviço em saúde tem dimensões e indicadores que vão determinar qual é o nível dos recursos que são aceitáveis e usados para alcançar uma maior satisfação do utente e possibilidade de melhorar a saúde. A satisfação dos acompanhantes das crianças com a qualidade do serviço prestado o BUP foi medida por um questionário adaptado de outros estudos semelhantes em que foi utilizada a escala Likert de seis dimensões com seus indicadores e seus correspondentes itens, usando valores de 1 a 6 onde 1 é nada satisfeito e 6 é totalmente satisfeito, entre 1 e 6, se encontravam os

valores 2 – pouco satisfeito, 3 – razoavelmente satisfeito, 4 – satisfeito e 5 – bastante satisfeito.

Para atingir os objetivos citados anteriormente, definiram-se as seguintes variáveis que estão divididas em variáveis dependentes e independentes. De acordo com Fortin (2009), as variáveis dependentes sofrem o efeito das independentes.

A variável dependente é a Satisfação dos Acompanhantes das crianças que se dirigiram ao Banco de Urgência Pediátrico do HAN a qual integra um conjunto de dimensões: Atendimento; Enfermeiros; Médico; Exames e tratamentos; Reclamações. Representados em Tabela no Anexo I.

As variáveis independentes são: Género do acompanhante; Idade do acompanhante; Área de residência do acompanhante; Grau de parentesco com a criança; Instrução Escolar do acompanhante; Cuidador ou não da criança; Sexo da criança; Idade da criança (meses ou anos); Criança frequente ou não infantil ou escola; Estado de Saúde da criança. Representados em Tabela no Anexo I com as devidas classificações.

2.5 Local de Estudo e sua caracterização

O estudo foi realizado no Banco de Urgência da Pediatria do Hospital Agostinho Neto na cidade da Praia. A escolha desse serviço foi motivada pelo facto de ser o hospital central da maior e mais populosa ilha de Cabo Verde. O Hospital Agostinho Neto está equipado com 351 camas, sendo 60 camas pertencentes ao serviço de Pediatria. O Banco de urgência Pediátrico está equipado com 21 leitos.

O Banco de Urgência do HAN é dividido em quatro áreas onde os pacientes são atendidos:

- A entrada ou receção onde é feita a ficha com os dados pessoais da criança;
- A triagem onde o enfermeiro faz a avaliação inicial e a classificação de risco (STM - Sistema de Triagem de Manchester);
- Atendimento médico, onde a criança pode receber medicação, realizar exame de sangue e/ou imagem.
- Caso a criança necessite de medicação endovenosa ou de monitoração médica, a mesma é encaminhada para a sala observação acompanhada pelo seu responsável onde poderá permanecer por horas ou dias de acordo com o seu estado até decisão de internamento ou alta.

STM possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue: nível 1: emergente, vermelho, imediato; nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos; nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos; nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos; nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

Sistema de Triagem de Manchester apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização, como: é internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros serviços de emergência com características diferentes; oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem (Cronin, 2003).

Em média são atendidas 3.531 crianças por mês, média que não varia muito ao longo do ano. A maioria dos atendimentos neste serviço ocorre por doenças respiratórias, lesões e envenenamentos, doenças infecciosas e parasitárias, doenças da pele e tecido subcutâneo, porém a maior causa de atendimento no BUP está referida no relatório semestral do BUP como sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios, não classificados em outra parte.

2.6 Participantes

Os participantes deste estudo foram os acompanhantes das crianças atendidas no BUP do HAN que contemplam ou não a fase escolar nas faixas etárias entendidas entre os 0 meses aos 12 anos de idade no período de 1 a 30 de abril de 2019.

2.7 Instrumento, Validade e confiabilidade

Tendo em consideração o problema em estudo, as variáveis, o tipo de estudo e a amostra, o instrumento selecionado foi o inquérito por questionário. A escolha do instrumento de recolha de dados incidiu sobre o questionário por ser simples de aplicar e poder ser ministrado num grande número de pessoas num curto período, utilizando poucos recursos humanos e financeiros na sua distribuição, preenchimento e recolha.

O questionário ou inquérito por questionário é a técnica que tem sido mais utilizada na investigação empírica. É um dos métodos que permite recolher os dados através das respostas escritas por parte dos sujeitos. Os questionários podem comportar diversos

níveis de estruturação: podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos (Fortin, 2003).

A construção do questionário foi precedida de uma pesquisa da literatura científica relativa aos questionários destinados a avaliar a satisfação dos utentes com a prestação dos serviços, especialmente na área da saúde.

Os modelos selecionados para serem utilizados no desenvolvimento do questionário foram pesquisados questionários validados em estudos semelhantes a este que seguiram os modelos: o modelo ECSI; o projecto ComuniCare; o SERVQUAL; o GPAQ; o EUROPEP e o PSQ em Portugal e países da América Latina. Porém, fizemos uma adaptação a realidade Cabo Verdiana.

O questionário foi construído com base noutros questionários que foram aplicados em estudos semelhantes, porém optou-se por centrar as perguntas em itens que se entendeu que seriam de mais valia para o presente trabalho devido à realidade do país e do seu sistema de saúde em particular. Também se levou em conta o fato cultural e linguístico de Cabo Verde, país onde a língua oficial é o Português, língua em que o questionário foi escrito, mas a língua materna é o crioulo. Logo o questionário que se encontrava escrito em Português foi aplicado em forma de entrevista em crioulo, de forma a facilitar a percepção das questões e minimizar o distanciamento linguístico.

Optou-se por um questionário mais resumido, pelo fato deste ser aplicado num serviço de urgência, onde os acompanhantes não dispõem de disponibilidade emocional e de tempo para dispensarem enquanto cuidam das suas crianças doentes.

Foi feito um pré-teste cognitivo, que foi aplicado a pessoas que não se encontravam no local de estudo, neste caso o BUP, mas que já tinham frequentado o serviço nos últimos meses. Optou-se por esta via, pelo facto de não podermos aplicar qualquer tipo de questionário no serviço de BUP sem autorização do CNEPS. Os sujeitos entrevistados no pré-teste referiram uma boa compreensão das questões efetuadas.

O questionário utilizado neste estudo é constituído por 49 itens, agrupados em 22 questões, das quais 8 são de respostas abertas e as restantes de respostas fechadas (Anexo I).

Foram respeitadas as cinco regras básicas para a sua elaboração:

1. Foco (cada pergunta deve incluir um único assunto ou tópico específico);

2. Clareza (o significado da pergunta deve ser completamente claro para os inquiridos, todos os inquiridos deverão interpretar a pergunta da mesma forma);
3. Brevidade (as perguntas devem ser tão breves quanto possível);
4. Vocabulário apropriado (os termos utilizados nas perguntas devem fazer parte do vocabulário corrente dos inquiridos);
5. Gramática (deve ser utilizadas formas gramaticais simples e evitar-se a dupla negação) (Vilares e Coelho, 2005).

O recomendado por Fortin (2003), é iniciar-se por questões de ordem geral e progressivamente aumentar a sua especificidade, os dados sociodemográficos devem ser incluídos no final do questionário e deve ser garantida a confidencialidade dos mesmos. Entretanto, isto não foi aplicado ao questionário aplicado no estudo, pois achámos seguro fazer o levantamento desses dados no início do questionário, por levarem mais tempo.

Após conclusão do questionário, este foi submetido à apreciação de colegas de trabalho, três docentes universitários na área da saúde e dois médicos pediatras que trabalham no HAN. Algumas das sugestões propostas por estes profissionais foram utilizadas no aprimoramento do instrumento em construção e principalmente foram incorporadas com o propósito de garantir que este se adaptava efetivamente à realidade do sistema de saúde de Cabo Verde.

A formulação do questionário para a satisfação dos acompanhantes das crianças no BUP do HAN conta com 33 itens estruturados por 8 dimensões: Estrutura física do BUP, Acessibilidade ao serviço, Atendimento inicial/Recepção, Atendimento equipa de enfermagem, Atendimento equipa médica, Exames e tratamentos e Reclamações.

2.8 Aspetos Éticos

Todos os projetos de investigação efetuados em seres humanos levantam questões éticas e morais. É necessário tomar medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade dos indivíduos que participam nas investigações.

Para isso, existem os códigos de ética para a investigação clínica que contemplam princípios fundamentais que deverão ser cumpridos aquando da realização de qualquer projeto de investigação com seres humanos, nomeadamente: direito de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade dos dados, proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, direito a um tratamento justo e leal.

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, o início do estudo foi precedido da obtenção de autorização para utilização do questionário, de parecer favorável por parte do CNPD – Comitê Nacional de Proteção de Dados, CNEPS - Comitê Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde e os documentos entregues no HAN figuram em Anexo – Anexo V, Anexo VI e Anexo VII, respetivamente.

No que respeita aos utentes, o consentimento informado foi verbal uma vez que se trata de um estudo não experimental, sem intervenção, e que utilizou um questionário anónimo.

É importante esclarecer que quando o projeto foi submetido ao CNEPS tinha por título: “Satisfação da Qualidade do Atendimento no Banco de Urgência Pediátrico por parte dos acompanhantes das crianças”, porém no desenvolvimento da pesquisa, alterou-se o título para: “Satisfação dos Acompanhantes das Crianças com a Qualidade de Atendimento do Banco de Urgência Pediátrico do Hospital Agostinho Neto”.

Tendo estes aspetos em atenção, serão apresentados, de seguida, algumas tabelas e figuras que permitem visualizar e descrever a população em causa.

2.9 Recolha, armazenamento, análise e apresentação dos dados

A partir da operacionalização das variáveis que foram descritas e sumarizadas na Tabela presente no Anexo I, foi criada uma base de dados para armazenamento dos resultados dos 48 itens do questionário no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 21.0, programa que também foi utilizado para a análise estatística dos dados (Cunha, Martins, Sousa, & Oliveira, 2007) e (Cunha, Eiras, & Teixeira, 2011)

O programa Microsoft Office Excel 2007 foi utilizado para a construção dos gráficos e das tabelas.

2.10 Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos durante uma pesquisa não respondem por si só às perguntas nem testam suas hipóteses. Após a sua recolha, os dados devem ser processados e analisados, de forma estatística, de modo a que se possam ser detetadas tendências e padrões (Polit e Hungler, 1995, apud Pinto, 2011).

Pretende-se avaliar, neste estudo, a satisfação dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP do HAN com os serviços prestados nessa unidade de saúde.

Neste capítulo, a análise dos dados colhidos será traduzida em categorias ou formas numéricas, recorrendo para isso à estatística descritiva e à estatística inferencial.

Através da estatística descritiva, vamos proceder à análise exploratória dos dados, fazendo destaque aos mais relevantes para os nossos objetivos e tendo como principal preocupação a redução dos dados. Pela estatística inferencial procuramos obter conclusões acerca da população, a partir dos dados da amostra em estudo (Polit e Hungler, 1995 apud Pinto, 2011).

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinam-se:

- Frequências: absolutas (n) e percentuais (%);
- Medidas de tendência central: Médias (\bar{x}) e medianas (md);
- Medidas de dispersão: Desvio Padrão (σ).

Por outro lado, a estatística inferencial é o conjunto de técnicas utilizadas para identificar as relações entre variáveis, que poderão ser ou não relações de causa e efeito.

Na análise inferencial, iremos utilizar:

- O teste Qui-quadrado para se efetuar comparações estatísticas das variáveis qualitativas. Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:
 - $p < 0.05$ – diferença estatística significativa;
 - $p < 0.01$ – diferença estatística bastante significativa;
 - $p < 0.001$ – diferença estatística altamente significativa;
 - $p > 0.05$ – Não significativas (Pestana e Velosa, 2008).

Na escolha do teste atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Marroco (Maroco, 2007) e Pestana e Gageiro (Pestana & Gageiro, 2005). Para o teste foi fixado o valor 0.050 como limite de significância.

Capítulo 3 - Resultados e Discussão

3.1 Caracterização sociodemográfica dos acompanhantes das crianças inquiridas

Serão apresentadas neste capítulo as características gerais da amostra relativamente ao sexo do acompanhante da criança atendida no BUP, idade do respondente, nível de escolaridade, área de residência, grau de parentesco com a criança atendida no BUP, cuidador ou não da criança, sexo da criança, idade da criança, situação escolar da criança, hospitalização anterior da criança, estado geral da saúde da criança, acessibilidade ao BUP, meio de transporte utilizado, tempo de permanência no BUP. Foram inquiridos 103 acompanhantes das crianças atendidas no BUP, os quais representam a amostra em estudo, havendo algumas respostas em branco, pelo fato do inquirido simplesmente se ter recusado a responder.

Começaremos com apresentação dos dados sociodemográficos dos acompanhantes e das crianças e da avaliação subjetiva do estado geral da saúde das crianças. A amostra inicial estava definida para 103 indivíduos, porém durante o tratamento dos dados, excluímos 3 questionários por estes se encontrarem incompletos.

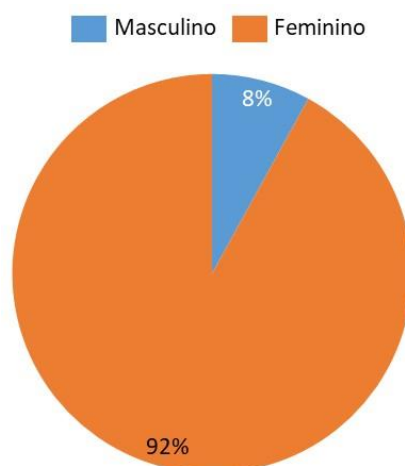
Caracterização sociodemográfica

Sexo dos Acompanhantes

Em relação ao sexo dos acompanhantes, verificam-se 100 respostas válidas, sendo que o sexo feminino está maioritariamente representado na amostra, com 92% dos casos, como se pode verificar na tabela do Anexo II e também ilustrado no gráfico 1. De acordo com o censo 2016 de Cabo Verde, a diferença entre a população masculina e feminina nas faixas etárias dos 18 aos 54 anos não é grande, o que mostra que a função de cuidador da criança é basicamente da mulher nesta realidade.

Fato que se assemelha aos dados do estudo de Lima e Almeida (Lima & Almeida, 2013) realizado no Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia Guimarães de Sá em Fortaleza/Ceará onde a prevalência dos acompanhantes do sexo feminino era de 81,5%. O estudo de Kollataj (Kollataj et. al., 2016) realizado na Polónia, também indica que acompanhantes de crianças atendidas nas urgências noturnas nas áreas urbanas, rurais e Lublin eram sobretudo mulheres.

Gráfico 1- Distribuição por sexo da amostra



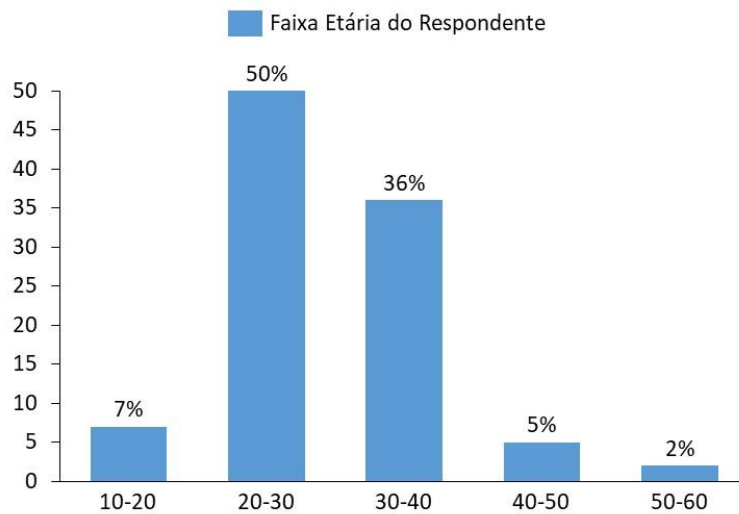
Idade dos acompanhantes

É importante referir que, antes da apresentação dos dados, as classes etárias foram reagrupadas em: menor que 10, 10-20, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 e maior ou igual a 60 anos, de forma a facilitar a classificação dos participantes no estudo.

No que concerne à idade, verificou-se que os elementos da amostra apresentavam idades compreendidas entre 18 e 52 anos, sendo a média 29,48 anos com desvio padrão 6,76 anos. Verificou-se ainda que 50% da amostra apresentou idades entre os 20 e 30 anos e 36% entre os 30 e 40 anos. O Censo de 2016 de Cabo Verde revela que 14,9% das mulheres foram mães na faixa etária dos 17-19 anos, o que não nos indica concretamente a existência de maternidade precoce em Cabo Verde, pois não existem informações no documento que o confirmem. Entretanto, o mesmo censo nos informa que o Índice Sintético de Fecundidade (ISF), Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Taxa Bruta de Reprodução (TBR) e Taxa Líquida de Reprodução (TLR) de 2016 apresentam uma ligeira diminuição quando comparados com os últimos cinco anos.

O estudo realizado por Almeida E. (Almeida, 2012) em Viseu, apresenta dados diferentes em relação a idade acompanhantes das crianças naquele estudo, os mesmos possuem idades compreendidas entre os 16 e 55 anos, uma idade média de 32,29 com desvio padrão de 7,32, o que confirma a idade média da mãe ao nascimento de um filho em Portugal que é de 31,2 anos.

Gráfico 2 - Distribuição por faixas etárias da amostra



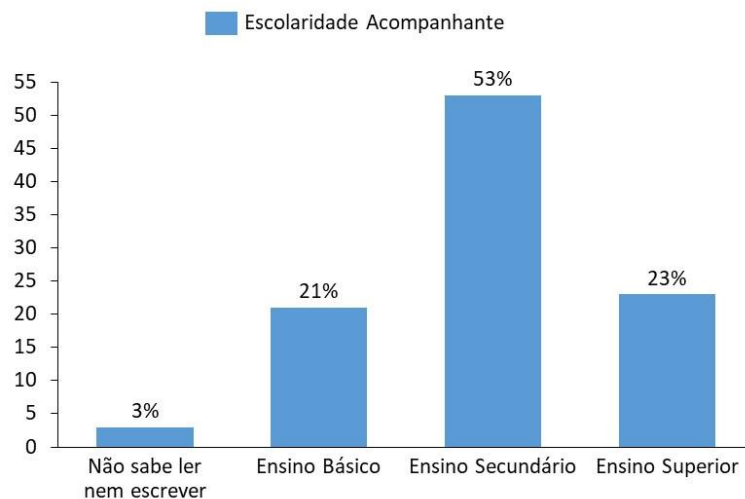
Nível de escolaridade dos acompanhantes

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos inquiridos no estudo, a maioria possuía o nível secundário com 53%, seguido do nível superior com 23% e ensino básico com 21% da amostra, tal como pode se observar no gráfico 3. Constatou-se que somente uma pequena parte da amostra não sabia ler ou escrever com 3% dos resultados obtidos.

Quanto ao nível escolar da amostra, podemos afirmar que estes coincidem em parte com os dados estatísticos revelados no anuário estatístico de Cabo Verde de 2016, onde os dados mostram que 41,7% da população cabo-verdiana tem o nível secundário de ensino, 43,2% tem nível básico e 9,3% o nível superior.

Na presente amostra observa-se que 23% dos indivíduos têm o nível superior de ensino, o que mostra que o serviço do banco de urgência do HAN é frequentado por pessoas de todas as camadas sociais. Este fenómeno poderá ser justificado pelo fato de não haver na cidade da Praia um serviço privado de urgência pediátrica que cubra as necessidades da população com mais condições financeiras e que obrigue a todos a se dirigirem ao serviço público.

Gráfico 3 - Distribuição por nível de Escolaridade da amostra



Grau de parentesco e cuidador habitual da criança

Relativamente ao grau de parentesco com a criança, observou-se que a maioria da nossa amostra estava representada pelas mães das crianças atendidas no BUP do HAN, correspondendo a 84%. Quanto aos restantes acompanhantes, 8% eram o pai da criança e o resto da nossa amostra se encontrava representada por tias 4%, irmã 2%, avó e madrinha 1% respetivamente, como podemos observar no gráfico 4.

São vários os estudos que obtiveram resultados semelhantes neste aspeto (Lima & Almeida, 2013), (Costa, 2012) e (Kollataj et. al., 2016), pois a taxa de mães acompanhantes ultrapassa os 80% nesses estudos.

Culturalmente, observa-se um pouco por todo o mundo que a tarefa de cuidador da criança pertence à mãe, tanto estudos europeus, brasileiros e outros países da América Latina confirmam esta realidade também observada no presente estudo.

Gráfico 4– Distribuição por Grau de Parentesco com a criança

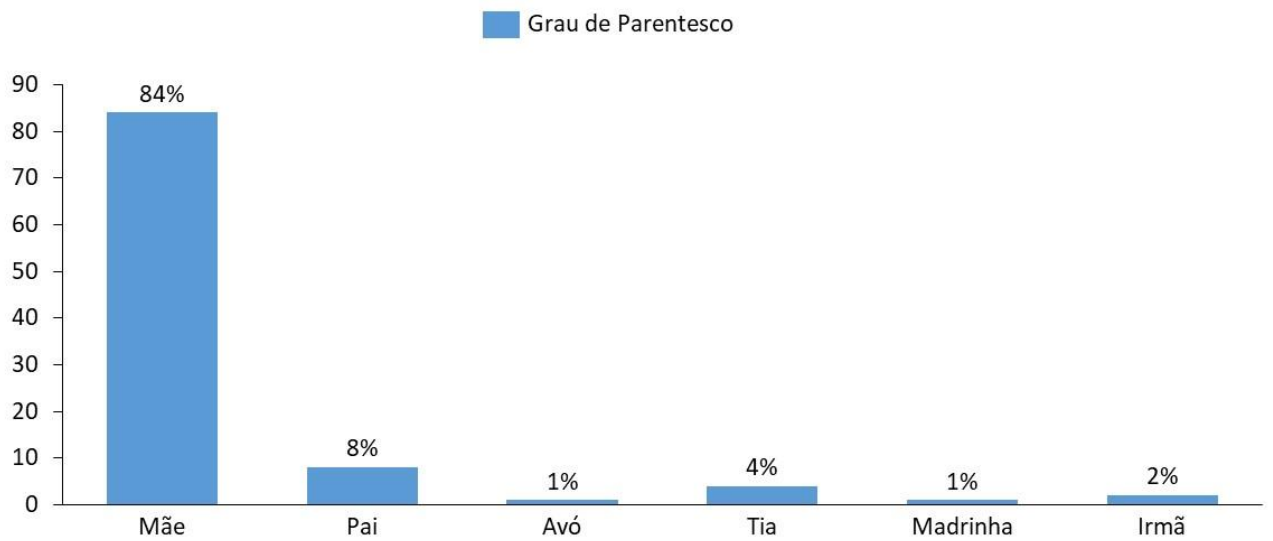
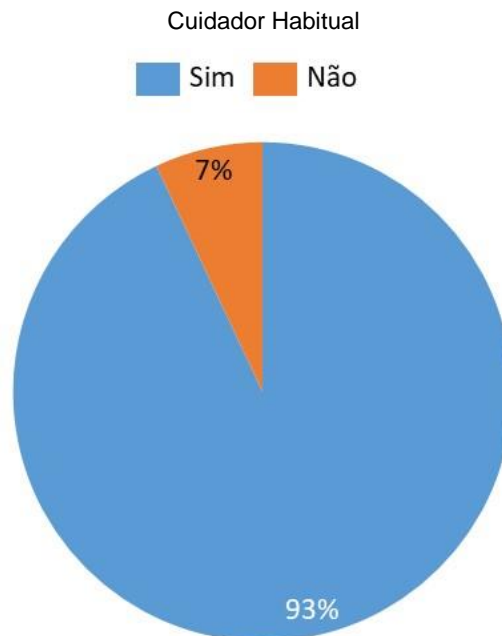


Gráfico 5 - Distribuição de frequências por Cuidador da Criança



Gênero, idade e situação escolar da criança

Quanto ao sexo das crianças atendidas no BUP do HAN, acompanhadas pelos inquiridos no estudo, observou-se que 46% era do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Em relação às suas faixas etárias, constatamos que 45% eram crianças com idade inferior a 1 ano, 40% se encontrava entre os 2-5 anos de idade e uma pequena franja da nossa amostra acompanhava crianças com idades compreendidas entre 6-9 e 10-12 anos com 11% e 4% respetivamente.

Ainda, é importante destacar, que mais de metade das crianças acompanhadas pelos inquiridos no estudo, ou seja 54%, não frequentava escola, infantilário ou pré-escolar. O que poderá se justificar pelo fato da maior parte das crianças se encontrar nas faixas etárias de inferior a 1 ano e de 2 a 5 anos de idade.

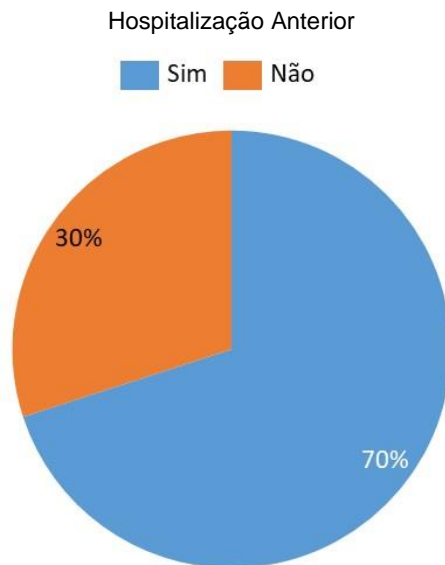
Um estudo realizado em Niterói, em 2017 na Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro, observou que 54,69% das crianças atendidas durante o estudo era do sexo masculino e afirmou que 62,77% das mesmas se encontravam numa idade inferior aos 7 anos. Dados esses que podem ser comparados aos encontrados neste presente estudo, visto que 85% das crianças atendidas no BUP do HAN se encontravam nas faixas etárias de 0 a 1 ano e 2 a 5 anos. O estudo de Pires (Pires, 2017), justifica a prevalência de crianças menores dos 7 anos de idade nas emergências pediátricas com o fato de estarem em seus primeiros anos de vida onde processo de maturação imunológica, as tornam mais suscetíveis a situações de desequilíbrio e a determinadas doenças, mas, na medida em que crescem, diminuem sua vulnerabilidade biológica.

Hospitalização anterior e estado geral da saúde da criança

Os acompanhantes inquiridos neste estudo, afirmaram que 70% das crianças já tinham sido hospitalizadas anteriormente, tal como podemos constatar no gráfico 6. Associado a este fato, observou-se que 35% da nossa amostra considerava o estado geral de saúde das crianças que acompanhavam como razoável, 29% como boa e 15% como má.

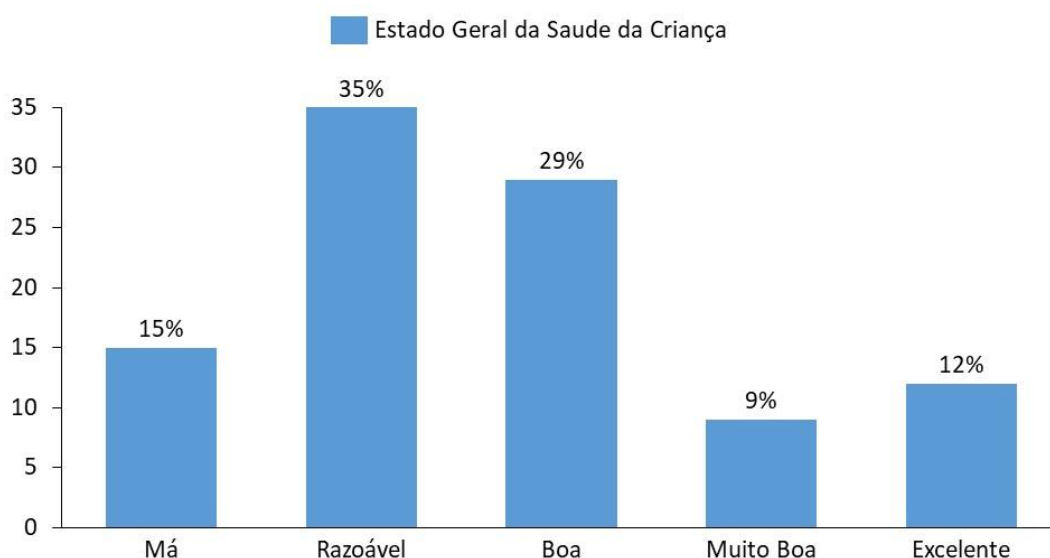
A percentagem de crianças que já tinham sido hospitalizadas anteriormente é bastante elevada, o que nos permite afirmar que as mesmas devem apresentar um estado de saúde frágil, o que poderá a causa das suas frequentes visitas ao BUP. Fato esse que é reforçado pelas percentagens apresentadas nos estados de saúde das crianças, onde 35% é razoável e 15% é má.

Gráfico 6 - Distribuição de frequência por hospitalização anterior da criança atendida no BUP



Dos inquiridos, apenas 12% considerava que a saúde da criança era excelente de acordo com o representado no gráfico 7.

Gráfico 7– Distribuição de percentagens por estado geral da saúde da criança atendida no BUP

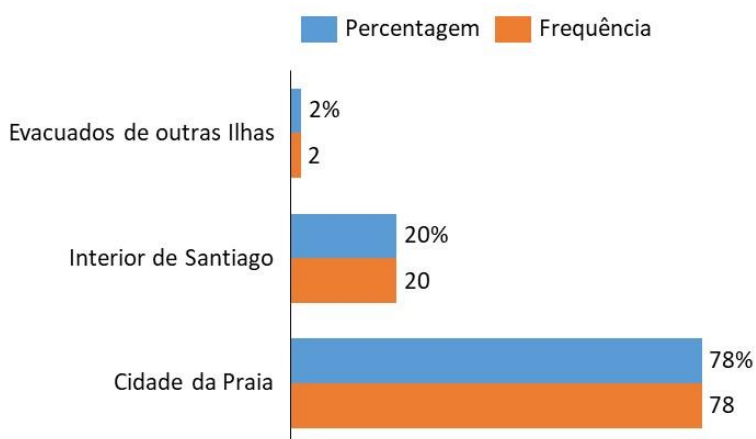


Acessibilidade, Meio de transporte utilizado e Tempo de Permanência no BUP

Constata-se através dos resultados obtidos no gráfico 8, que grande parte da amostra reside nas proximidades do Hospital Agostinho Neto. Os dados mostram que 78% dos indivíduos inquiridos são provenientes dos bairros periféricos da cidade da Praia, portanto de áreas urbanas.

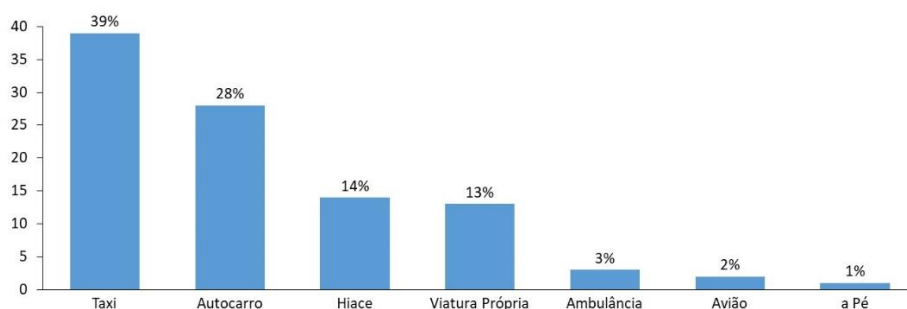
A organização dos serviços de saúde de Cabo Verde projeta que o HAN abarque os municípios de Ribeira Grande de Santiago, Praia e São Domingos que pertencem ao concelho da Praia, porém observa-se que 20% da presente amostra pertence ao interior da ilha de Santiago e os restantes 2% são evacuados de outras ilhas, esses dados levam-nos a crer que as estruturas de saúde, principalmente das zonas rurais, carecem de meios para o atendimento e/ou que os acompanhantes dessas crianças consideram que o HAN tenha melhores condições estruturais e melhor atendimento médico.

Gráfico 8 - Distribuição por proximidade da residência com HAN



Quanto ao meio de transporte utilizado para chegar ao BUP do HAN, observou-se que 39% da amostra em estudo utilizou táxi como forma de se dirigir ao BUP, 28% utilizou o autocarro e 13% da amostra se dirigiu ao BUP em viatura própria, como ilustrado no gráfico 9. A cidade da Praia é a capital de Cabo Verde e concentra uma parcela muito significativa da população do país, sensivelmente 171 mil habitantes. A cidade tem uma área de 102,6 km², trata-se de uma cidade pequena quando comparada à grandes cidades, o que tornam os meios de transportes acessíveis e baratos, o que vem justificar maior número de pessoas a se deslocarem de táxi. Poderíamos também atribuir o fato das famílias elegerem os táxis como meio de transporte para o hospital, uma vez que consideram estar numa situação de urgência.

Gráfico 9– Distribuição de percentagens por meio de transporte utilizado para se dirigir ao BUP

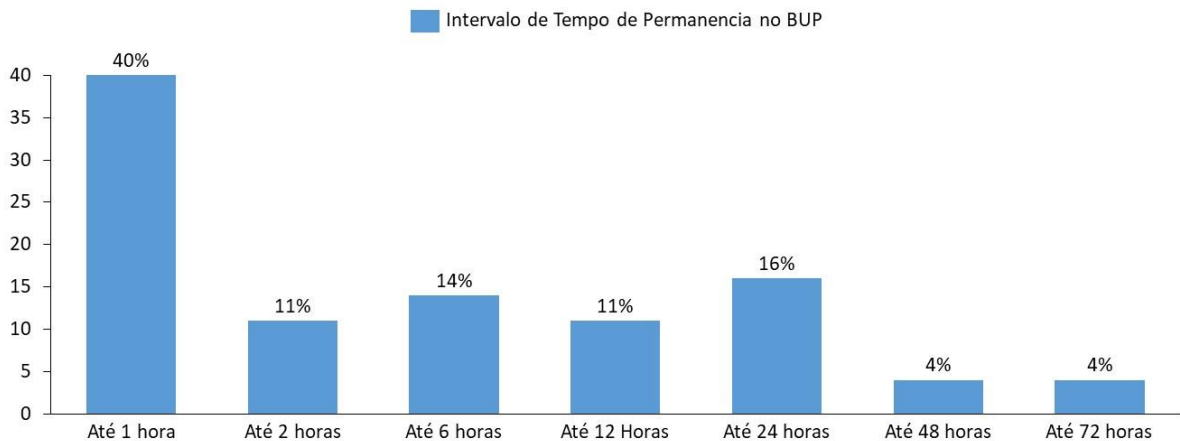


Quanto ao tempo de permanência no BUP do HAN, a espera do diagnóstico ou tratamento médico, pode se afirmar através do gráfico 10, que a maioria da amostra se encontrava relativamente há pouco tempo no serviço, pois os resultados mostram que 40% dos acompanhantes e suas crianças se encontravam no serviço há 1 hora, 11% há 2 horas, 14% há menos de 6 horas e 16% há menos de 24 horas. A média de permanência no BUP do HAN era de 2 horas, porém podemos observar uma variação grande em relação a permanência no BUP dentro da presente amostra, pois da mesma forma que alguns utentes afirmaram que estavam há somente uma hora a espera do diagnóstico, outros se encontravam há 72 horas, ou seja, em regime de internamento provisório ou observação. O BUP do Hospital Dr. Agostinho Neto funciona também como internamento, fato que justifica a permanência de crianças no serviço por um período superior a 24 horas. O internamento provisório no BUP é feito nos períodos em que existe sobrelotação do internamento pediátrico.

Um estudo realizado na Urgência Pediátrica do Hospital Universitário do município de São Paulo em 2017 revelou que o tempo médio de abertura da ficha antes consulta era 32,26 minutos e o tempo de permanência das crianças a espera do diagnóstico médico era de 7 horas e 31 minutos, ainda outro estudo também realizado no Brasil mas noutro estado, Fortaleza, no Centro de Assistência à criança Dra. Lúcia de Sá, afirma que o tempo médio de permanência na urgência à espera de um diagnóstico médico era de 10 horas e 30 minutos, porém o protocolo indicava que o médico só dispunha de 4 horas para decidir a conduta médica dependendo da melhora do quadro da criança ou do diagnóstico.

No presente estudo, não tivemos acesso ao protocolo do BUP do HAN, fazendo com que nos faltem dados para confirmar se é normal a permanência de crianças no serviço por mais de 24 horas, caso de constatamos em 11% dos casos.

Gráfico 10 - Distribuição por tempo de permanência no BUP



Satisfação dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP do HAN

É importante lembrar que foi utilizada uma escala de 6 itens que representavam os seguintes graus de satisfação: 1 – Nada Satisfeito, 2 – Pouco Satisfeito, 3 – Razoavelmente Satisfeito, 4 – Satisfeito, 5 – Bastante Satisfeito e 6 Totalmente Satisfeito. Durante o tratamento dos dados, houve necessidade de se atribuir mais um item, 7 – Sem resposta, pois alguns acompanhantes simplesmente não responderam a alguns itens do questionário.

Satisfação em relação à estrutura física do Banco de Urgência

Em relação à facilidade de acesso ao balcão, é evidente que maior parte da nossa amostra se encontrava satisfeita, pois 63% afirmou estar totalmente satisfeito. Quanto ao acesso à casa de banho, 33% da amostra demonstrava satisfação total e 17% não respondeu à questão com justificativa que não teria usado a casa de banho desde que tinha chegado ao BUP.

A limpeza e higiene da casa banho foram consideradas totalmente satisfatórias por 21% da amostra, 15% estava razoavelmente satisfeita e 14% nada satisfeita com o item em questão. Quanto a existência de fraldário na casa de banho, 61% da amostra em estudo estava nada satisfeita, pois ela não existe, o que dificulta a troca de fraldas das crianças pequenas enquanto esperam pelo atendimento.

Como nos refere Xavier (1999, apud Pinto, 2011), a crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde faz com que determinados fatores, como a informação, a

comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde, sejam destacados e relacionados diretamente com o processo de satisfação.

Em relação à estrutura física, ou seja, as instalações, só um item teve avaliação negativa, a (in)existência de fraldário na casa de banho, 61% dos acompanhantes referiam estar nada satisfeitos. Também, observamos que em relação ao conforto do ambiente a satisfação não apresentava um valor bom, ou pelo menos não se comparava aos outros itens de satisfação sobre as instalações, pois só 22% dos acompanhantes estavam totalmente satisfeitos.

O fato BUP do Hospital Dr. Agostinho Neto prestar o serviço de internamento provisório agrava as lacunas em relação ao conforto do espaço, pois os acompanhantes das crianças que tenham de passar uma noite ou mais no serviço, não têm condições para tal. Ao lado dos berços das crianças somente existe uma cadeira convencional. As casas de banho não têm condições para os acompanhantes fazerem sua higiene durante a sua estadia no BUP.

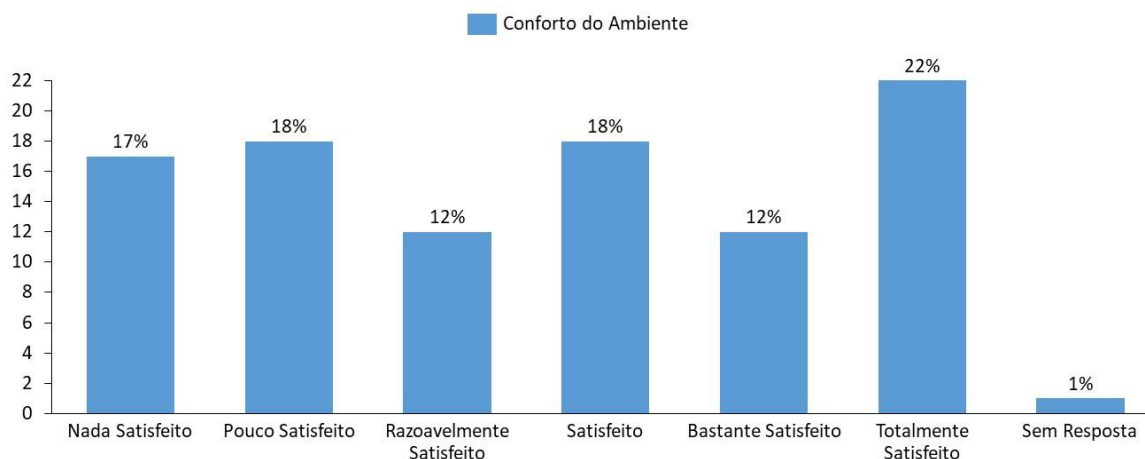
O fato de termos constatado que existe uma taxa elevada de acompanhantes nada satisfeitos com um item muito importante num serviço que atende crianças, a (in)existência de fraldário na casa de banho e também da satisfação em relação ao conforto ser inferior aos outros itens avaliados relacionados às instalações, concluímos que estes resultados diferem grandemente dos estudos anteriormente realizados por Pinto (2013) e McIntyre et al (2002), pois eles concluíram nos seus estudos que os utentes apresentavam altos níveis de satisfação em termos gerais, onde eles apontam que os utentes estavam satisfeitos com as instalações, conforto, imagem, acesso e admissão de utentes.

Tabela 1 - Satisfação em relação à Estrutura física do Banco de Urgência

Estrutura Física do BUP	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante satisfeito	6 Totalmente satisfeito	Sem resposta
Facilidade de acesso ao balcão	0,0	3,0	4,0	12,0	18,0	63,0	0,0
Acesso à casa de banho	11,0	10,0	4,0	10,0	15,0	33,0	17,0
Limpeza e higiene da casa de banho	14,0	12,0	15,0	8,0	13,0	21,0	17,0
Existência de Fraldário	61,0	12,0	4,0	7,0	2,0	2,0	12,0
Limpeza e higiene geral do BUP.	4,0	4,0	17,0	19,0	19,0	37,0	0,0

Quanto ao conforto, um estudo realizado no Brasil por Macedo et al. (2017), revela resultados de satisfação em relação ao conforto e instalações, semelhantes ao nosso estudo. A pesquisa que foi realizada num pronto-socorro pediátrico num Município de São Paulo em 2016, revelou que 73,3% dos familiares das crianças atendidas estavam insatisfeitas com o conforto dessas instalações.

Gráfico 11 - Satisfação em relação ao Conforto do ambiente do BUP



Atendimento inicial/recepção

Os acompanhantes das crianças atendidas no BUP do HAN durante o estudo, apresentaram-se bastante e totalmente satisfeitos com os itens em análise, pois pode-se observar na tabela 2 que a soma das percentagens para os dois níveis de satisfação acende os 70% nos 5 primeiros itens.

A satisfação dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP, também é positiva em relação à rapidez de abertura da ficha, educação do rececionista, tempo de espera para atendimento na triagem e sistema de prioridade de atendimento. Regra geral, para as questões inerentes a estes aspetos, a satisfação encontra-se acima dos 40%. O item com a melhor avaliação está relacionado com a rapidez de preenchimento da ficha (54%), enquanto que o menos positivo de acordo com os respondentes, refere-se ao fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes (34%).

Quanto ao tempo de espera para atendimento na triagem ou sala de emergência, observamos ótimos níveis de satisfação, pois 25% da amostra estava bastante satisfeita e 41% totalmente satisfeita. Estes resultados correspondem com o estudo de Pinto et al (2013), onde 60% dos acompanhantes estavam totalmente satisfeitos com o tempo de

espera para a triagem e Byczkowski L. et al (2013) também manifestou resultados com nível de satisfação elevada, com 78,2%, em relação ao mesmo item, mas discorda dos resultados de Macedo e D’Innocenzo (2017), que tiveram uma taxa de insatisfação por parte dos acompanhantes de 56%.

Tabela 2- Atendimento Inicial/Receção

Atendimento Inicial	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante satisfeito	6 Totalmente satisfeito	Sem resposta
Tempo de espera abertura ficha	0,0	3,0	5,0	11,0	34,0	47,0	0,0
Educação e Capacidade prestar esclarecimentos do rececionista	2,0	6,0	3,0	11,0	35,0	42,0	1,0
Rapidez preenchimento da ficha	0,0	2,0	3,0	10,0	29,0	54,0	2,0
Tempo de espera para triagem	1,0	4,0	11,0	15,0	25,0	41,0	3,0
Sistema de prioridade e processo de atendimento	1,0	8,0	6,0	12,0	24,0	45,0	4,0
Fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes	3,0	10,0	13,0	17,0	22,0	34,0	1,0

Satisfação do desempenho equipa de enfermagem

As impressões retidas de 37% dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP questionados revelam que o desempenho geral da equipa de enfermagem é totalmente satisfatório e 42% da mesma amostra também está totalmente satisfeita em relação a competência e profissionalismo dos enfermeiros que atenderam a criança que acompanhavam ao serviço, conforme ilustrado na tabela 3.

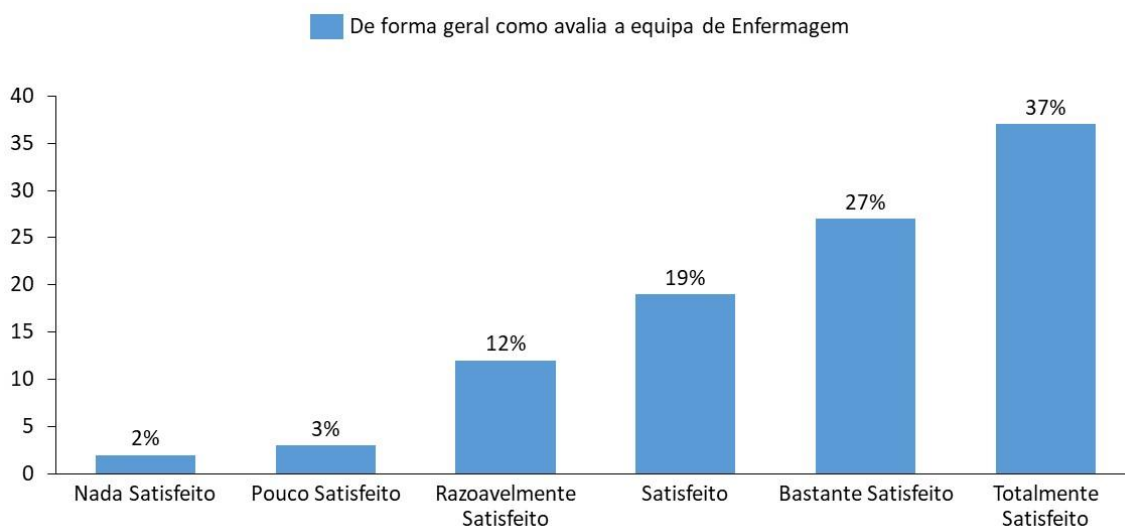
Tabela 3 - Frequências relativas – Enfermeiros

Enfermeiros	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante satisfeito	6 Totalmente satisfeito
Atenção e educação	4,0	2,0	8,0	21,0	29,0	36,0
Explicações oferecidas	4,0	8,0	10,0	15,0	25,0	38,0

Simpatia e disponibilidade	4.0	6.0	9.0	21.0	27.0	33.0
Empenho	3.0	6.0	9.0	21.0	25.0	36.0
Respeito a privacidade	8.0	8.0	10.0	17.0	21.0	36.0
Competência profissional	1.0	2.0	17.0	14.0	24.0	42.0

Os resultados obtidos no presente estudo estão relacionados com a boa taxa de satisfação com o desempenho geral da equipa médica, de enfermagem, resultados que são compatíveis com estudos realizados previamente por Byczkowski L. (Byczkowski, 2013), Macedo e D’Innocenzo M. (2017) e Pinto et al (2013), onde os níveis de satisfação em relação ao a equipa de enfermagem estão estabelecidos acima dos 70%.

Gráfico 12 - Satisfação Global sobre desempenho equipa de enfermagem



Satisfação do desempenho equipa médica

Relativamente ao desempenho geral da equipa médica que atendeu e acompanhou a criança no BUP, 45% dos inquiridos responderam que estavam totalmente satisfeitos. Quanto a competência e profissionalismo 50% dos acompanhantes se manifestaram totalmente satisfeitos como ilustra a tabela 4. O que podemos considerar como uma avaliação positiva do desempenho dos médicos no BUP do HAN.

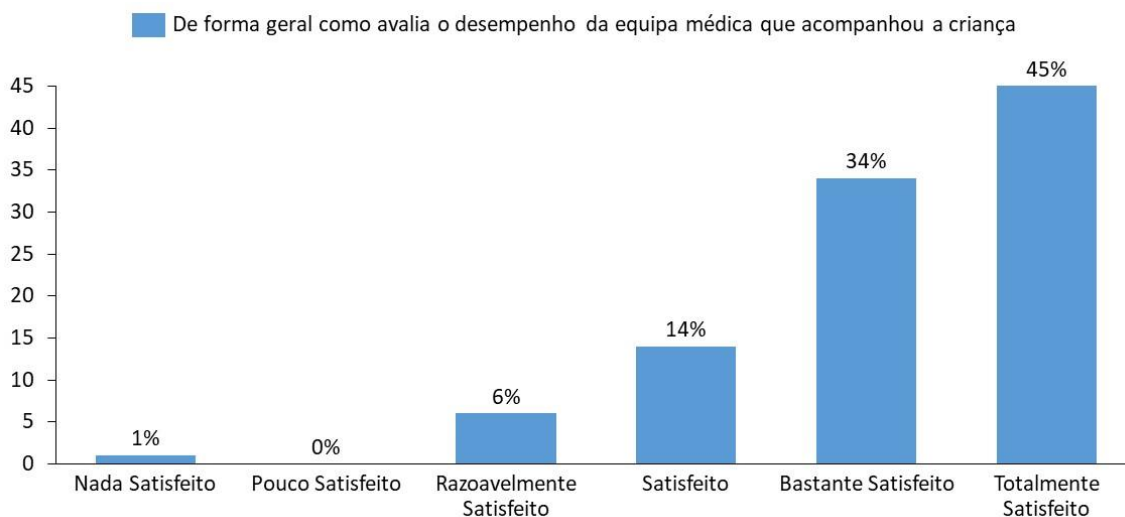
Tabela 4 - Frequências relativas – Médicos

Médicos	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante satisfeito	6 Totalmente satisfeito	Sem resposta
Atenção e educação	0.0	3.0	3.0	13.0	35.0	46.0	0.0
Explicações oferecidas	4.0	4.0	2.0	15.0	28.0	47.0	0.0

Resultado do tratamento	0.0	3.0	9.0	18.0	24.0	39.0	7.0
Empenho	1.0	3.0	5.0	13.0	33.0	45.0	0.0
Respeito a privacidade	0.0	4.0	5.0	13.0	28.0	48.0	2.0
Competência profissional	1.0	2.0	9.0	11.0	26.0	50.0	1.0

Mais uma vez, observamos níveis de satisfação elevados em relação aos profissionais de saúde que prestam cuidados no BUP do HAN, neste caso, os médicos pediatras. Fato que se assemelha aos resultados obtidos no estudo de Macedo e D'Innocenzo (2017), onde o nível de satisfação em relação a equipa médica era de 73,3% e também Pinto e Silva (2013) que observaram que 54.9% da sua amostra consideraram bom e 33,1% muito bom, o desempenho dos médicos que prestaram cuidados às crianças nos serviços de urgência pediátrica.

Gráfico 13 - Satisfação Global sobre desempenho da equipa Médica



Exames e tratamentos

As expectativas em relação ao tempo de espera para realização dos exames da criança são muito importantes, pois existe alguma ansiedade depositada no cuidador sobre o diagnóstico da criança. Na tabela 5, pode-se observar que 22% dos acompanhantes se manifestaram totalmente satisfeitos em relação ao tempo de espera para realizar o exame prescrito pelo médico e quanto ao tempo de espera pelos resultados apenas 17% estava totalmente satisfeito e 14% diziam-se nada satisfeitos.

Nesta dimensão, constatamos que os valores não ascenderam os 30% e uma maior taxa de não respostas, o que pode ter influenciado a perceção real da satisfação global dos pacientes em relação a esse aspeto. Estes resultados são coincidentes com os estudos de Pinto et al (2013) e Brito T. (2015), onde os acompanhantes das crianças

apresentavam níveis baixos de satisfação em relação ao tempo de espera para realização de exames e espera pelos resultados, principalmente respeitante aos resultados das análises clínicas.

Savassi L. (2010), concluiu no seu estudo intitulado Satisfação do Utente e a auto-perceção da saúde em atenção primária, que existem maiores índices de satisfação em relação ao atendimento médico e menores em relação aos exames. E que quando existem queixas relacionadas com os médicos, elas se referem a problemas de comunicação.

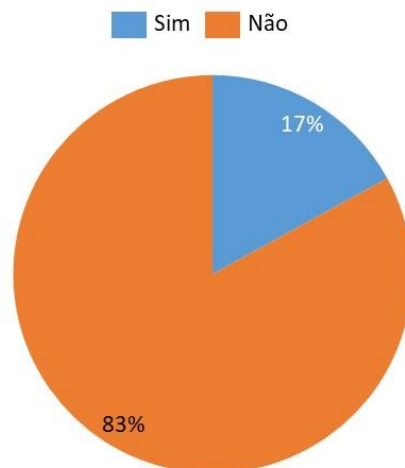
Tabela 5 - Frequências relativas – Exames e tratamentos.

Exames e Tratamentos	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante satisfeito	6 Totalmente satisfeito	Sem resposta
Tempo de espera para realização do exame	9.0	9.0	10.0	26.0	16.0	22.0	8.0
Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis	5.0	8.0	13.0	19.0	14.0	31.0	10.0
Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis	3.0	6.0	5.0	20.0	23.0	33.0	10.0
Tempo de espera pelos resultados dos exames	14.0	16.0	8.0	20.0	13.0	17.0	12.0

Reclamações

Tal como podemos observar no gráfico 14, os acompanhantes das crianças atendidas no BUP durante o estudo foram questionados sobre apresentação de reclamação escrita ou verbal ao serviço e 83% afirmou que nunca apresentou reclamação, nem desta visita ao BUP nem das outras vezes que lá esteve. Os restantes acompanhantes, ou seja 17% da amostra, afirmavam ter apresentado reclamação, e desta percentagem 14% não obteve resposta ou resolução.

Gráfico 14 - Reclamações apresentadas pelos acompanhantes das crianças



Em Cabo Verde, tem sido feito um esforço adicional por parte do Ministério da Saúde, no sentido de aumentar o número de profissionais na área da saúde, principalmente os médicos e enfermeiros especializados. Observa-se nos resultados destes estudos que os acompanhantes estão satisfeitos com os recursos humanos disponíveis no BUP. Porém, existem referências na literatura, sobre fatores, que podem contribuir para esta avaliação, um dos quais, está relacionado com o receio, por parte dos respondentes, de serem identificados posteriormente. A existência de questões mais específicas sobre os cuidados de saúde prestados, poderiam auxiliar na validação dos níveis de satisfação manifestados (Locker e Dunt, 1978 & Aharony e Strasser, 1993 apud Costa T., 2012).

Levando em conta os resultados obtidos nos vários itens de satisfação sobre qualidade do atendimento no BUP do HAN, concluímos que, na maioria dos itens, o índice de satisfação global dos acompanhantes das crianças é positivo.

Reflexo da desarticulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, o serviço de urgência enfrenta no quotidiano uma situação desajustada, que poderá conduzir a acréscimos de custos materiais e humanos. Observa-se uma grande afluência de crianças acompanhadas pelos seus cuidadores aos serviços de urgência pediátrica, em que na maioria das vezes, poderiam ter dirigido aos centros de saúde mais perto da sua zona de residência. Esse comportamento leva a sobrecarga dos serviços de urgência e longas filas de espera por parte dos utentes.

No nosso estudo, apesar de observarmos que 40% dos acompanhantes das crianças inquiridos no estudo se encontravam há 1 hora no BUP, 11% há 2 horas, 14 % há menos de 6 horas (observação a aguardar resultados de exames e tratamento), 16% há menos de 24 horas (também a espera de resultados de exames e tratamento), a satisfação em

relação ao fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes não foi tão elevada como nos outros itens avaliados neste estudo.

No Anexo III, podemos observar todos os resultados obtidos no tratamento dos dados dos questionários aplicados aos Acompanhantes das Crianças no BUP do HAN no presente estudo.

Estudos realizados no Brasil sobre as causas de sobrelotação das emergências pediátricas apontam para a crença por parte dos pais de que, nos hospitais, os filhos estão melhor amparados do que na rede básica, o que poderá explicar o mesmo fenómeno aqui em Cabo Verde, pois os acompanhantes das crianças preferem ir aos hospitais por problemas que poderiam ser resolvidos nos centros de saúde. Outro fator que influencia muito na escolha do hospital em detrimento dos centros de saúde, é a preferência do atendimento feito por um pediatra, pois nos centros de saúde, esta consulta pode demorar muito tempo a ser marcada e finalmente pela falta de hábito da criança ser consultada por enfermeiros (Batistela et. al., 2008).

A sobrelotação das urgências hospitalares e particularmente o seu uso inadequado, é uma preocupação a nível mundial, pois tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, sofrem com este mesmo fenómeno. Carret, Fassa e Domingues (2009) apud Costa (2012), referem que os valores de inadequação encontrados podem variar entre 10% e 90% de acordo com os critérios de classificação utilizados, tais como o sistema de triagem do hospital ou nos casos de maiores valores de inadequação encontrados, de acordo com a classificação dos profissionais de saúde.

Um dos fatores considerados mais relevantes para a satisfação do paciente, do que propriamente sua cura é o ambiente. O ambiente deve abranger limpeza, equipamentos, mobílias apropriadas e ventilação suficiente, para que um atendimento apropriado efetive uma atenção com acesso digno, acolhedor e confortável. Porém no nosso estudo, as taxas de satisfação mais baixas estavam associadas a (in)existência de fraldário na casa de banho, limpeza e higiene da casa de banho e conforto do ambiente do BUP.

Em Cabo Verde, o Ministério da Saúde prevê a necessidade de se melhorar a assistência à saúde, diante da qual utiliza várias estratégias, como a Política de Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde, pela garantia às pessoas, qualidade e padrão de serviços de saúde e programas de saúde pública dirigidos à população em geral. Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados, melhoria do acesso aos serviços, humanização no atendimento e satisfação

do utente de forma a elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população.

3.2 Análise bivariada e discussão

Finda a análise descritiva e apresentação dos dados obtidos, passaremos a análise exploratória dos dados, com análise bivariada entre as variáveis dependentes (dimensões categorizadas) e as variáveis independentes (sexo, idade, nível de escolaridade, grau de parentesco com a criança e estado de saúde da criança e idade da criança) para identificar possíveis associações entre as variáveis.

Nesta análise mostra-se apenas a distribuição de frequências e a respetiva apresentação gráfica para os resultados significativos, de modo a se responder as seguintes questões de investigações tendo em vista a generalização das conclusões à população de onde foi feita a seleção da amostra.

Também, é importante referir que o questionário aplicado neste estudo, não apresentava nenhuma questão sobre a satisfação global dos acompanhantes sobre o atendimento no banco de urgência pediátrico do HAN, logo foi feita uma seleção de algumas variáveis de satisfação que assumimos como mais importantes e que seriam uma mais valia para este presente estudo.

1. Qual a influência das variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, faixa etária, nível de escolaridade e grau de parentesco com a criança do inquirido sobre a satisfação dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do HAN com o desempenho geral da equipa médica e equipa de enfermagem e o tempo de espera pelos resultados dos exames?
2. Qual a relação entre os relatos descritos pelos acompanhantes da sua satisfação sobre o desempenho geral da equipa médica e a apresentação de reclamações verbais ou escritas?
3. Qual a relação entre o nível de escolaridade e a satisfação sobre o conforto do ambiente do BUP?
4. Qual é a influência do estado geral da saúde das crianças sobre a satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica e de enfermagem?

Relação entre a satisfação em relação ao desempenho geral da equipa médica e sexo dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP

Conforme descrito na tabela 6, a relação entre os relatos de satisfação sobre o desempenho geral da equipa médica em função do sexo não é estatisticamente significativa ($\chi^2_{(gl=4)} = 7,964$; $\alpha = 0,093$).

Tabela 6 - Satisfação em relação ao desempenho da equipa médica em função do sexo.

Relatos Dimensão	Sexo				Teste	
	Feminino		Masculino		χ^2 (gl=4)	α
	N	%	N	%		
Satisfeito	14	14,0	0	0,0	7,964	,093
Bastante Satisfeito	30	30,0	4	4,0		
Totalmente Satisfeito	43	43,0	2	2,0		
Total	87	87,0	6	6,0		

Satisfação dos acompanhantes em relação ao desempenho geral da equipa médica em função da faixa etária de 18-30 e 30-40 anos.

Com o objetivo de fazer a relação entre os relatos sobre o desempenho geral da equipa médica e a faixa etária dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP do HAN, optámos por considerar dois grupos etários tendo em consideração que as outras duas se encontram pouco representadas na amostra em estudo, logo entendemos que não existe interesse estatístico na sua associação. Como podemos constatar na tabela 7, em ambos os grupos etários predominaram os relatos positivos em relação a satisfação com o desempenho da equipa médica, sendo as percentagens e 43% para os acompanhantes na faixa etária dos 18-30 anos e também 43% dos que se encontravam na faixa etária dos 30-40 anos. Entre os dois grupos não foram observadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(gl=12)} = 9,238$; $\alpha = 0,682$).

Tabela 7 - Satisfação dos acompanhantes em relação ao desempenho geral da equipa médica em função da faixa etária de 18-30 e 30-40 anos.

Relatos Dimensão	Faixa etária				Teste	
	18-30		30-40		χ^2 (gl=12)	α
	N	%	N	%		
Satisfeito	9	9,0	5	5,0	9,238	,682
Bastante Satisfeito	14	14,0	19	19,0		
Totalmente Satisfeito	20	20,0	19	19,0		
Total	43	43,0	43	43,0		

Satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica em função do nível de escolaridade

Comparando a distribuição de frequências dos relatos positivos sobre o desempenho geral da equipa médica em função do nível de escolaridade dos acompanhantes tal como podemos observar na tabela 8, constata-se a não existência de associação entre as duas variáveis, pois o teste revela-se estatisticamente insignificante (χ^2 (gl=12); $\alpha = 0,116$). O facto de a amostra ser pequena, observa-se que alguns itens de nível de escolaridade dos acompanhantes apresentam um número muito reduzido de pessoas o que poderá levar a diminuição da significância deste teste.

Tabela 8 - Satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa médica em função do nível de escolaridade.

Relatos Dimensão	Nível de escolaridade						Teste	
	Ensino básico		Ensino Secundário		Ensino Superior		χ^2 (gl=12)	α
	N	%	N	%	N	%		
Satisfeito	3	3,0	9	9,0	2	2,0	17,976	,116
Bastante Satisfeito	5	5,0	19	19,0	9	9,0		
Totalmente Satisfeito	12	12,0	24	24,0	7	7,0		
Total	20	20,0	53	53,0	18	18,0		

Relação entre satisfação com o desempenho geral da equipa médica por parte dos acompanhantes e grau de parentesco com a criança atendida no BUP

É importante referir que foram seleccionados dois graus de parentesco da amostra em estudo, pelo fato dos restantes graus de parentesco não terem significância numérica dentro da amostra.

O facto de existirem limitações à aplicação do teste do Qui-quadrado com os graus de parentesco que constam no questionário aplicado, nomeadamente, ter-se verificado que existiam mais de 80% das células com frequências esperadas inferiores a 5, levou-nos a concluir que está associação não é estatisticamente significativa. Os resultados do teste revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas (χ^2 (gl=25) = 14.141; $\alpha = 0.959$) entre as distribuições de frequências dos relatos feitos pelos acompanhantes das crianças.

Mais uma vez, estamos diante uma grande discrepância em termos do grau de parentesco dos acompanhantes que acompanharam a criança ao BUP. A figura materna encontra-se representada massivamente com 69% quando comparada em termos de satisfação positiva com o desempenho geral da equipa médica, enquanto a paterna só preenche 6% em termos de satisfação positiva.

Tabela 9 - Satisfação dos acompanhantes com desempenho geral da equipa médica em função do grau de parentesco com a criança atendida no BUP.

Relatos Dimensão	Grau de parentesco				Teste	
	Mãe		Pai		χ^2 (gl=25)	α
	N	%	N	%		
Satisfeito	13	13,0	2	2,0	14,141	.959
Bastante Satisfeito	23	23,0	2	2,0		
Totalmente Satisfeito	33	33,0	2	2,0		
Total	69	69,0	6	6,0		

Quanto a associação feita entre as variáveis independentes (sexo, grau de parentesco com a criança, nível de escolaridade do acompanhante e faixa etária dos mesmos) e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica, observamos que não são estatisticamente significativas.

Tabela 10 - Satisfação dos acompanhantes com desempenho geral da equipa médica em função do grau de parentesco com a criança atendida no BUP, sexo, faixa etária e nível de escolaridade do acompanhante

Satisfação com desempenho geral da equipa médica	Sexo	Faixa etária	Grau de parentesco	Nível de escolaridade
Satisfação positiva	Não significativo (N.S)	N.S	N.S	N.S

A análise comparativa feita entre as variáveis de satisfação com desempenho da equipa médica e da equipa de enfermagem com as variáveis: sexo, parentesco, faixa etária e nível de escolaridade dos acompanhantes não apresentou diferença estatística significativa. Estes resultados vão de encontro com o estudo feito por Pinto et al (2013) e Lobo (2008). Que confirmam que a satisfação global dos utentes tem relação negativa com o nível educacional, ou seja, os utentes mais satisfeitos são os que menos habilitações literárias possuem.

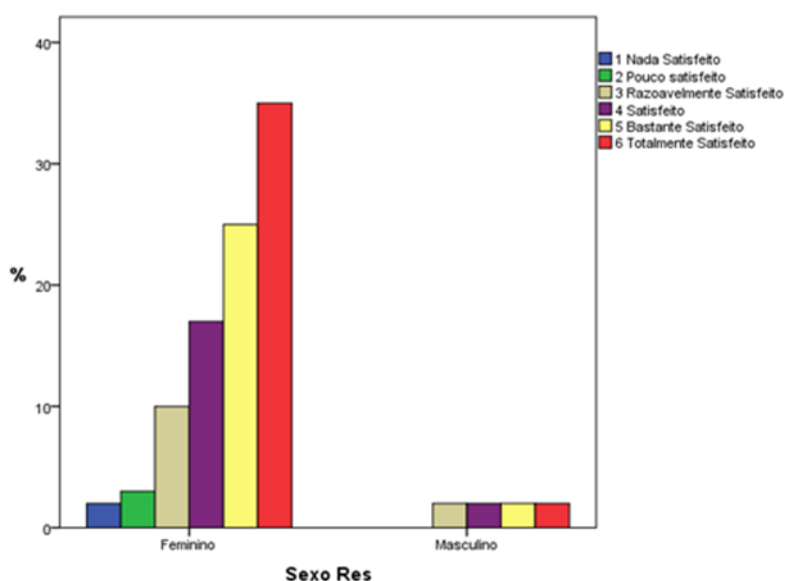
Relação entre satisfação em relação ao desempenho geral da equipa de enfermagem e sexo dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP

Na tabela 11, podemos observar que os maiores níveis de satisfação estão associados ao sexo feminino com 18,5% de satisfeitos, 27,2% bastante satisfeitos e 38% totalmente satisfeitos. Porém, não existem evidências que apontem para existência de relação entre a satisfação com desempenho geral da equipa de enfermagem e o sexo dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP ($\alpha = 0,824$).

Tabela 11 - Teste Qui-quadrado entre Satisfação com desempenho geral da equipa de enfermagem e sexo

	Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem						Total	X ²	df	α	
	1 Nada Satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito	6 Totalmente Satisfeito					
Sexo acompanhantes	Feminino	2 2,2%	3 3,3%	10 10,9%	17 18,5%	25 27,2%	35 38,0%	92	2,175	5	0,824
	Masculino	0 0,0%	0 0,0%	2 25,0%	2 25,0%	2 25,0%	2 25,0%				
Total		2 2,0%	3 3,0%	12 12,0%	19 19,0%	27 27,0%	37 37,0%	100			

Gráfico 15 - Satisfação com desempenho geral da equipa de enfermagem em função do sexo.



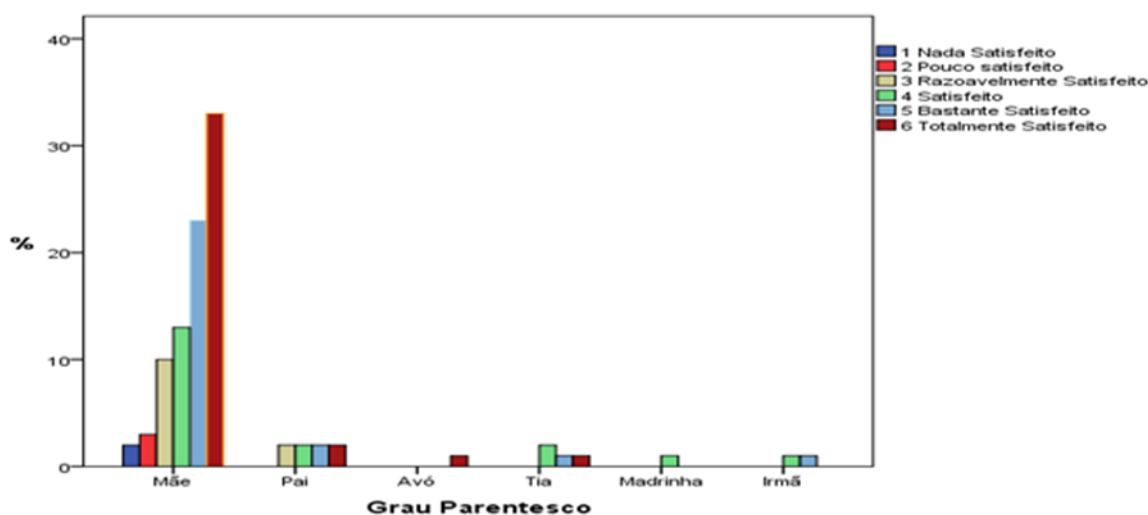
Satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem em função do grau de parentesco com a criança atendida no BUP

De acordo, com a tabela 12, também não existe relação entre o grau de parentesco com a criança e a satisfação com o desempenho da equipa de enfermagem que atendeu a criança no BUP ($\alpha = 0,959$). No mesmo quadro, podemos observar que os maiores níveis de satisfação estão associados ao grau de parentesco mãe, porém o resultado do teste não é estatisticamente significativo.

Tabela 12 - Teste de Qui-quadrado entre a satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem e o grau de parentesco com a criança atendida no BUP

	Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem						Total	X ²	df	α
	1 Nada Satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito	6 Totalmente Satisfeito				
Grau Parentesco										
Mãe	2	3	10	13	23	33	84	14,141	25	0,959
Pai	0	0	2	2	2	2	8			
Avó	0	0	0	0	0	1	1			
Tia	0	0	0	2	1	1	4			
Madrinha	0	0	0	1	0	0	1			
Irmã	0	0	0	1	1	0	2			
Total	2	3	12	19	27	37	100			
	2,4%	3,6%	11,9%	15,5%	27,4%	39,3%	100,0%			
	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%			
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%			
	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%			
	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%			
	2,0%	3,0%	12,0%	19,0%	27,0%	37,0%	100,0%			

Gráfico 16 - Satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem em função do grau de parentesco



Satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem em função do nível de escolaridade do acompanhante da criança atendida no BUP

Após a aplicação do teste de qui-quadrado entre o nível de escolaridade e a satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem, podemos observar que os resultados na tabela 13, revelam a não associação das duas variáveis, o que se pode confirmar através do nível de significância do teste de qui-quadrado ($\alpha = 0,613$).

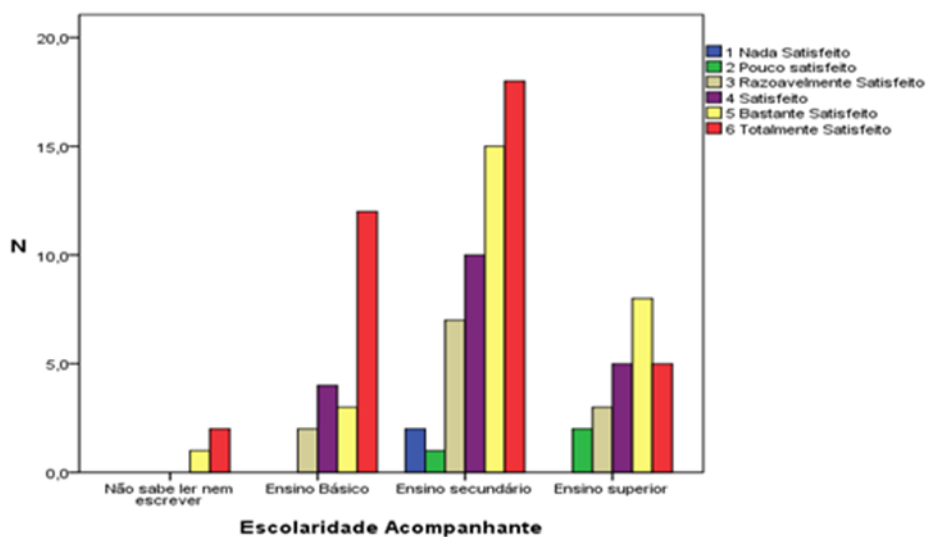
Através da figura 17, podemos observar que existe um grau de satisfação maior com o desempenho geral da equipa de enfermagem entre os acompanhantes com ensino secundário de escolaridade (N = 18), seguido pelo ensino básico (N = 12). Porém, como

já foi referido no parágrafo anterior, estes resultados não apresentam significância estatística.

Tabela 13 - Teste de qui-quadrado entre o nível de escolaridade e satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem que atendeu a criança

		Em termos gerais, como o avalia o desempenho da equipa de enfermagem					Total	X ²	df	α	
		1 Nada Satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito					6 Totalmente Satisfeito
Escolaridade Acompanhante	Não sabe ler nem escrever	0	0	0	0	1	2	3	12,861	15	0,613
	Ensino Básico	0	0	2	4	3	12	21			
	Ensino secundário	2	1	7	10	15	18	53			
	Ensino superior	0	2	3	5	8	5	23			
	Total	2	3	12	19	27	37	100			
Total		2,0%	3,0%	12,0%	19,0%	27,0%	37,0%	100,0%			

Gráfico 17 - Distribuição percentual de satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem por nível de escolaridade



Relação entre satisfação com fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes e a apresentação de reclamação

Pela observação da tabela 14 referente ao teste de qui-quadrado entre a satisfação com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes e apresentação de reclamações, podemos verificar uma média maior de ausência reclamação nos acompanhantes que se encontravam totalmente satisfeitos. Quanto à existência de diferenças estatisticamente significativas, confirma-se que existe relação entre as variáveis ($\alpha = 0,009$). Deste modo, podemos concluir que existem evidências estatísticas que indicam que a satisfação com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de

saúde urgentes influenciou a não apresentação de reclamações verbais ou escritas ao serviço do BUP do HAN.

Tabela 14 - Teste de Qui-quadrado entre a satisfação com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes e apresentação de reclamação verbal ou escrita ao serviço do BUP

		Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou escrita ao serviço de urgência Pediátrica do HAN		Total	χ^2	df	α
		sim	não				
Fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes	1 Nada Satisfeito	0	3	3	16,975	6	0,009
	2 Pouco satisfeito	4	6	10			
	3 Razoavelmente e Satisfeito	5	8	13			
	4 Satisfeito	2	15	17			
	5 Bastante Satisfeito	3	19	22			
	6 Totalmente Satisfeito	17,6%	22,9%	22,0%			
	Sem resposta	2	32	34			
		11,8%	38,6%	34,0%			
		1	0	1			
	5,9%	0,0%	1,0%				
Total	17	83	100				
	100,0%	100,0%	100,0%				

Relação entre o estado geral da saúde da criança atendida e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica e equipa de enfermagem

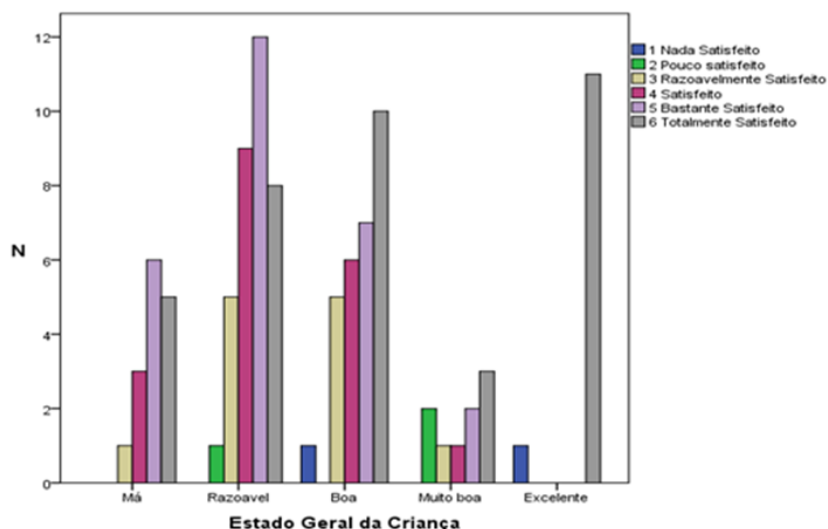
Relativa ao teste de qui-quadrado entre satisfação dos acompanhantes com o desempenho geral da equipa de enfermagem e o estado geral de saúde da criança atendida no BUP, podemos observar na tabela 15 que existe diferença estatística significativa, portanto as duas variáveis se encontram relacionadas ($\alpha = 0,006$).

Ainda podemos confirmar esta tendência através da figura 18, onde verificamos que acompanhantes de crianças com estado geral de saúde excelente apresentavam-se totalmente satisfeitos com o desempenho geral da equipa de enfermagem (N = 11). Também constatamos que os acompanhantes de crianças com estado de saúde razoável se encontravam bastante satisfeitos com o desempenho da equipa de enfermagem (N = 12).

Tabela 15 - Teste de Qui-quadrado entre o estado geral da saúde da criança atendida no BUP e a satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem

	Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem						Total	χ^2	df	α
	1 Nada Satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito	6 Totalmente Satisfeito				
Má	0	0	1	3	6	5	15	39,485	20	0,006
Razoável	0	1	5	9	12	8	35			
Boa	1	0	5	6	7	10	29			
Muito boa	0	2	1	1	2	3	9			
Excelente	1	0	0	0	0	11	12			
	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	91,7%	100,0%			
	2	3	12	19	27	37	100			
Total	2,0%	3,0%	12,0%	19,0%	27,0%	37,0%	100,0%			

Gráfico 18 - Distribuição de frequências da satisfação com o desempenho geral da equipa de enfermagem por estado geral de saúde da criança atendida no BUP



Relação entre o estado geral da saúde da criança atendida e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica

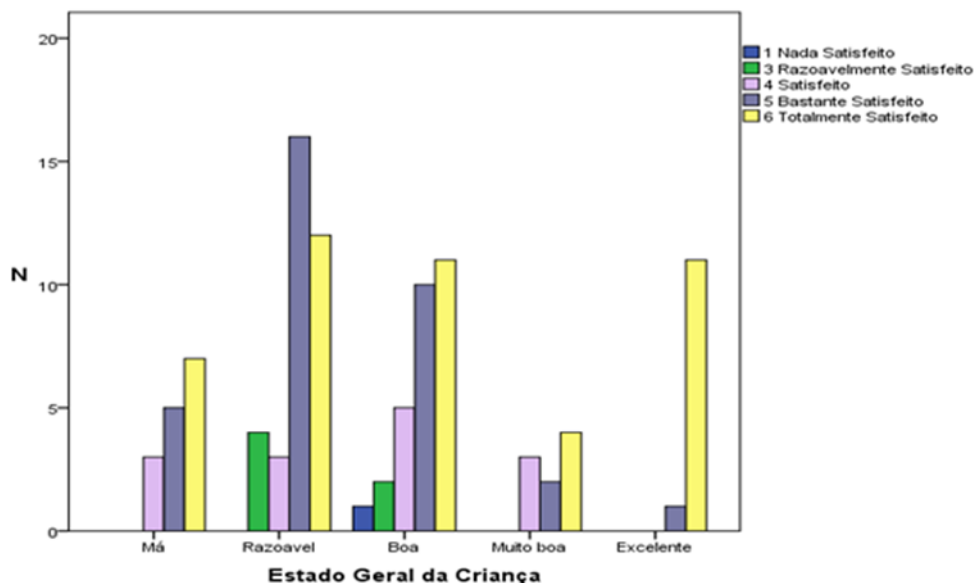
Quanto à relação feita entre o estado geral da saúde da criança atendida no BUP e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica, e de acordo com os dados fornecidos na tabela 16, observamos que não existe diferença estatística significativa ($\alpha = 0,116$). Portanto não se observa existência de relação entre as duas variáveis estado geral da saúde criança e satisfação com o desempenho da equipa médica.

Uma informação que salta a vista na figura 19, é o fato de haver níveis de satisfação elevados em relação ao desempenho da equipa médica, tanto nos acompanhantes de crianças com excelente estado de saúde geral como também nos outros estados (mau, razoável, bom e muito bom).

Tabela 16 - Teste de Qui-quadrado entre o estado geral da saúde da criança atendida no BUP e a satisfação com o desempenho geral da equipa médica

	Em termos gerais, como avalia o desempenho do médico que acompanhou a criança					Total	X ²	df	α
	1 Nada Satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito	6 Totalmente Satisfeito				
Má	0 0.0%	0 0.0%	3 20.0%	5 33.3%	7 46.7%	15 100.0%	22,930	16	0,116
Razoavel	0 0.0%	4 11.4%	3 8.6%	16 45.7%	12 34.3%	35 100.0%			
Boa	1 3.4%	2 6.9%	5 17.2%	10 34.5%	11 37.9%	29 100.0%			
Muito boa	0 0.0%	0 0.0%	3 33.3%	2 22.2%	4 44.4%	9 100.0%			
Excelente	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%	12 100.0%			
Total	1 1.0%	6 6.0%	14 14.0%	34 34.0%	45 45.0%	100 100.0%			

Gráfico 19 - Distribuição de frequências da satisfação com o desempenho geral da equipa médica por estado geral de saúde da criança atendida no BUP



Relação entre a satisfação com o conforto do ambiente do BUP e a proximidade da residência dos acompanhantes das crianças

Em relação à variável satisfação com o conforto do ambiente do BUP, observamos que uma percentagem considerável dos acompanhantes das crianças que residem nos arredores da cidade da Praia afirmou estar “nada satisfeita” com o conforto do ambiente do BUP, neste caso 19%. Ainda as informações fornecidas na tabela 17, nos indicam que 21,5% dos mesmos indivíduos estão satisfeitos com o conforto do ambiente. Quanto aos acompanhantes que se deslocaram do interior da ilha de Santiago para trazerem as suas crianças ao BUP, constatamos que existe uma maior taxa de satisfação em relação ao conforto que o serviço de urgência pediátrico do HAN oferece, pois 31,6% se encontram totalmente satisfeitos com o mesmo.

Quanto ao teste feito para observar a significância da diferença estatística, qui-quadrado, observamos que as variáveis, proximidade da residência com o HAN e satisfação com o conforto do ambiente do BUP, não têm relação ($\alpha = 0,342$).

Tabela 17 - Teste de Qui-quadrado entre a proximidade da residência do acompanhante da criança atendida no BUP e a satisfação com o conforto do ambiente do serviço do BUP do HAN

	Conforto do ambiente							Total	χ^2	df	α
	1 Nada Satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Razoavelmente Satisfeito	4 Satisfeito	5 Bastante Satisfeito	6 Totalmente Satisfeito	Sem resposta				
Cidade da Praia	15 19.0%	14 17.7%	8 10.1%	17 21.5%	10 12.7%	14 17.7%	1 1.3%	79 100.0%	13,388	12	0,342
Proximidade do Hospital	2 10.5%	4 21.1%	4 21.1%	1 5.3%	2 10.5%	6 31.6%	0 0.0%	19 100.0%			
Interior da Ilha de Santiago	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%			
Evacuados das Ilhas	17 17.0%	18 18.0%	12 12.0%	18 18.0%	12 12.0%	22 22.0%	1 1.0%	100 100.0%			
Total											

São variados os fatores que determinam o nível de satisfação dos utentes, nomeadamente: características dos utentes (idade, sexo, raça, educação, rendimento); características dos profissionais; aspetos da relação profissional de saúde/utente; fatores estruturais e de localização (André e Rosa, 1997). Porém, no presente estudo, não observamos relação entre as variáveis, satisfação dos acompanhantes em relação às dimensões que foram avaliadas no estudo (Instalações, atendimento inicial, desempenho médico e enfermagem, exames e tratamentos) e as características dos mesmos.

O teste de Qui-quadrado foi aplicado com objetivo de relacionar as variáveis, satisfação dos acompanhantes em várias dimensões com as características sociodemográficas, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Portanto, não existe relação entre a satisfação dos acompanhantes das crianças que se dirigiram ao BUP do HAN e as variáveis sociodemográficas.

A associação feita entre as variáveis, apresentação de reclamações verbais ou escrita e satisfação com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes, é estatisticamente significativa. Pudemos constatar com aplicação do teste de Qui-quadrado, que acompanhantes que não apresentaram reclamações ao serviço, se encontravam bastante ou totalmente satisfeitos com o fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes.

No estudo efetuado por Macedo e D'Innocenzo (2017), observa-se que o tempo médio entre a abertura da ficha e o atendimento da criança é de 32,26 minutos, no nosso estudo, não avaliamos o item de tempo de espera em termos de minutos, mas os resultados que obtivemos, levam a crer que a mais de 50% dos acompanhantes e suas crianças tinham sido atendidas entre 1 hora e 2 duas. Mas quando efetuada a relação entre o tempo de permanência dos acompanhantes e o nível de satisfação em relação

ao fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgente, observamos que os mesmos teriam uma expectativa elevada em relação ao tempo de espera para o atendimento das suas crianças, fato que coincide com estudo realizado no Rio de Janeiro por Lima e Almeida (2013) onde 35,5% das mães/acompanhantes tem expectativa que as suas crianças sejam atendidas com agilidade.

Conclusão

A avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde é fundamental para a caracterização dos cuidados prestados, das infraestruturas existentes e da qualidade do atendimento, assim como para a identificação de fontes de satisfação/insatisfação e funcionalidade/disfuncionalidade organizativa.

A satisfação dos utentes pode influenciar a qualidade e a eficiência do serviço prestado, quando a sua ponderação for, como é desejável, utilizada como um instrumento de apoio à gestão para a melhoria contínua dos processos organizativos.

O presente estudo, utilizou como metodologia de investigação, um questionário que foi aplicado em forma de entrevista. A construção do questionário se baseou em outros questionários utilizados em estudos semelhantes e validado por profissionais da área da saúde e professores universitários.

Os resultados do estudo revelaram que os inquiridos no estudo apresentavam níveis de satisfação elevados em relação ao atendimento inicial, desempenho geral da equipa médica, desempenho geral da equipa de enfermagem, porém em alguns itens relacionados com as instalações (Conforto do ambiente, Higiene da casa de banho e presença de Fraldário na casa de banho) e espera pela realização e resultados dos exames, obtivemos resultados inferiores o que toca à satisfação.

Existe aqui a necessidade de refletir sobre a razão de termos obtido resultados com elevados níveis de satisfação. Podemos tomar como base, as limitações do estudo e a partir deste ponto tecer algumas sugestões para estudos futuros.

Quanto às limitações passamos a citar algumas:

- A ausência de uma questão específica sobre a satisfação global dos acompanhantes das crianças atendidas no BUP, pois o questionário fazia questões sobre vários itens que avaliam a satisfação. O que causou alguns constrangimentos durante o tratamento dos dados, tornando complexo e com menor significância estatística
- Tamanho da amostra - consideramos que o tamanho da amostra definido para este estudo, foi muito reduzido. Tendo calculado o tamanho da amostra com um nível de confiança de 92%, submetemos a um grande risco de o estudo ter um nível de significado estatístico baixo comparado a outros estudos semelhantes em que a margem de erro rondava os 6% ou 5%, o que é aconselhável.

- Outra limitação do estudo está centrada na metodologia de correlação das variáveis. Foi utilizado somente o teste de Qui-quadrado, porém poderia ter sido aplicado outros recursos metodológicos de correlação, para detetar e descrever relações entre algumas variáveis relacionadas com os utentes ou com os serviços e a satisfação;

Tendo em conta as limitações observadas neste estudo, propomos aqui, algumas sugestões:

- Utilização de estudos qualitativos, como a realização de entrevistas, de forma a permitir a introdução de novas dimensões relacionadas com a satisfação ou com a qualidade, principalmente sobre satisfação global;
- Realização de estudos sobre satisfação dos profissionais de saúde e da sua influência na satisfação dos acompanhantes das crianças no BUP;
- Sugestão a direção do HAN, para remodelação do espaço físico do BUP;
- Criação de grupos de trabalho que partilhem conhecimentos e resultados e promovam a instituição de boas práticas nos serviços de saúde, tendo em consideração a importância da avaliação da satisfação do utente dos serviços de saúde.

É um fato, afirmar que sobre o tema “Satisfação”, é difícil acrescentar coisas novas, mas levando em conta que Cabo Verde é um país em desenvolvimento onde ainda existem algumas lacunas no sistema de saúde e pelo fato da instituição que deverá regular a qualidade nas instituições de saúde ainda se encontrar em fase estruturação, pensamos ser importante fazer estudos deste tipo que possam contribuir para introdução de melhorias no sistema de saúde Cabo-Verdiano.

A formulação ou mesmo adaptação de um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde em Cabo Verde, mostra-se cada vez mais importante, pois entendemos que contribuirá grandemente para reflexão e consequente aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

O presente estudo, revelou que os itens avaliados com baixos níveis de satisfação, estavam relacionados principalmente com as instalações, o que leva a crer, que as instalações do Banco de Urgência da Pediatria do Hospital Agostinho Neto não apresentam as melhores condições a nível do conforto e as casas de banho não se encontram preparadas para receber crianças (Bebés). Pensamos ser necessário fazer uma reestruturação do BUP de forma que este possa acolher melhor os seus utentes e seus acompanhantes.

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

Referências Bibliográficas

- Abrantes, M. J. (10 de Abril de 2012). *Qualidade e satisfação: Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Obtido de estudogeral.sib.uc.pt:
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese_Qualidade%20e%20satisfac%C3%A7%C3%A3o%20formatada_completa%5B1%5D.pdf
- Almeida, E. M. (2012). *Relação de ajuda em Pediatria: Perspetiva dos pais*. Obtido de Semantic Scholar:
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1683/1/ALMEIDA%20Elsa%20Margarida%20Magalhaes%20Simo%C3%A7%20rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda%20em%20pediatria.pdf>
- Alves, M. S. (10 de Outubro de 2015). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde*. Obtido de www.minsaude.gov.cv:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/336-plano-estrategico-de-desenvolvimento-dos-recursos-humanos-da-saude/file>
- Alves, M. S. (12 de Março de 2015). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde*. Obtido de www.minsaude.gov.cv:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/336-plano-estrategico-de-desenvolvimento-dos-recursos-humanos-da-saude/file>
- Arfa. (20 de Março de 2019). *Agência Reguladora e Supervisão de Produtos Farmacêuticos e Alimentares*. Obtido de www.arfa.cv: <https://www.arfa.cv/>
- Bittencourt, R., & Hortale, V. (Julho de 2009). *Intervenção para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: Uma revisão sistemática*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Bleich, S., Ozaltine, E., & Murray, C. (Abril de 2009). *How Does Satisfaction with Health-Care System Relate to Patient Experience*. Baltimore, MD, USA.
- Boal, M. (2007). *Plano Nacional de Saúde*. Praia - Ilha de Santiago: Ministério da Saúde.
- Byczkowski, T. (17 de Jun de 2013). *A comprehensive view of parental satisfaction with pediatric emergency department visits*. Cincinnati, Ohio, EUA.
- Chan, M. (20 de Junho de 2012). *Sistemas de Saúde em África - Percepções e Perspectivas das Comunidades - Relatório de um Estudo Multipaíses*. OMS,

EScritório Regional para África. Brazzaville - República Democrática do Congo: OMS. Obtido de https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health_systems_in_africa----2012.pdf

- Conselho de Ministros. (10 de Janeiro de 2019). Suplemento - Criação da Entidade Reguladora Independente da Saúde. *Decreto-Lei nº 03/2019*, p. 3.
- Costa, T. (11 de Dezembro de 2012). *ESTUDO GERAL Repositório científico da UC*. Obtido de estudogeral.sib.uc.pt: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21496>
- Cunha, G., Eiras, M., & Teixeira, N. (2011). *Bioestatística e Qualidade na Saúde*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Cunha, G., Martins, M., Sousa, R., & Oliveira, F. (2007). Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde. Em G. Cunha, M. Martins, R. Sousa, & F. Oliveira, *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Lidel.
- Delgado, A. (15 de Dezembro de 2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2016-2016: SAÚDE: UM COMPROMISSO DO ESTADO, RESPONSABILIDADE DE TODOS*. Obtido de www.minsaude.gov.cv: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-vol-i/file>
- Donabedian, A. (Janeiro de 1980). Basic approaches to assessment: Structure, process and outcome. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, pp. 77-125.
- Donabedian, A. (Abril de 1988). Quality Assessment and Assurance: Unit of Purpose, Diversity of Means. *The Challenge of Quality*. Obtido de <https://www.jstor.org/journal/inquiry?refreqid=excelsior%3A542ac732b33a2d6ad261d918fab83b1>.
- Donabedian, A. (11 de Janeiro de 1989). *La Calidad de la Atención*. Obtido de www.coordinadoraprofunds.org: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Donabedian, A. (7 de Abril de 1990). La Dimension Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. (S. P. México, Ed.) *LA DIMENSIÓN INTERNACIONAL DE LA EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD**, pp. 113-117. Obtido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280/5424>

- Donabedian, A. (11 de Novembro de 1992). *The role of outcomes in Quality Assessment and Assurance*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0097599016305607>.
- Dupret, A. (2017). *Avaliação Final do PNDS 2012-2016*. Praia - Ilha de Santiago: Ministério de Saúde.
- Eiriz, V. (3 de Junho de 2006). Dimensões de Análise da Competitividade em Portugal. *Dimensões de Análise da Competitividade em Portugal*, pp. 26-33. Obtido de <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2011/08/Revista-Portuguesa-de-Gest%C3%A3o-Sa%C3%BAde-n%C2%BA1.pdf>
- Fontes, C. (2014). *Pacto Nacional da Saúde*. Praia - Ilha de Santiago: Ministério da Saúde.
- Formigli, V. L., & Silva, L. M. (1 de Janeiro de 1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*, pp. 80-85.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociências.
- Franco, S., & Campos, G. (Janeiro de 1998). Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital. São Paulo, Campinas, Brasil. Obtido de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/194164/1/pmed_9592212.pdf
- Giarelli, G. (02 de Fevereiro de 2002). Le Connessioni possibili: I Sistema de Miglioramento della Qualità. *Valutare la Qualità in Sanità*, p. 106. Obtido de <https://scholar.google.com/citations?user=cLrxSJcAAAAJ&hl=en>
- Giglio-Jacquemot, A. (2005). Urgências e Emergências em Saúde - perspectivas de profissionais e usuários. Em A. Giglio-Jacquemot, *Urgências e Emergências em Saúde - perspectivas de profissionais e usuários* (pp. 15-25). Rio de Janeiro: FisioCruz.
- Gomes, A. (2014 de Julho de 2014). *Paulo Freire: Contribuindo para Pensar Mudanças de Estratégias no Ensino de Medicina*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/03.pdf>
- Gomes, C. (05 de Junho de 1995). Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. Brasília, Brasília, Brasil. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671995000200002

- Gomes, P. (2 de Fevereiro de 2004). A Evolução do Conceito de Qualidade: dos Bens Manufacturados aos Serviços de Informação. (C. BAD, Ed.) *A Evolução do Conceito de qualidade*, pp. 7-15. Obtido de <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/826/825>
- Griffiths, R. (06 de Outubro de 1983). *Promoting Health and Well-being through the Application of Socialist principals*. London: Socialist Health Association. Obtido de <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>
- HAN. (2012). *Relatório de Serviço de Banco de Urgência de Adulto*. Praia - Ilha de Santiago - Cabo Verde: Hospital Agostinho Neto.
- HAN. (2016). *Relatório Semestral Hospital Agostinho Neto*. Praia, Ilha de Santiago - Cabo Verde: Hospital Agostinho Neto.
- Harris-Wehling, J. (1990). Defining Quality of Care. Em J. Harris-Wehling, *A Strategy for Quality Assurance* (pp. 23-46). Washington (DC), United States: Kathleen N. Lohr.
- Hespanhol, A. (27 de Junho de 2008). Monitorização da satisfação dos Utentes do Centro de Saúde de São João - 2007. *Monitorização da satisfação dos Utentes do Centro de Saúde de São João - 2007*, p. 363.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). Investigação por Questionário. Em M. M. Hill, & A. Hill, *Investigação por Questionário* (p. 377). Lisboa: Sílabo.
- INE. (2016). *Anuário Estatístico Cabo Verde 2016*. Praia: INE. CV. Obtido de <http://ine.cv/wp-content/uploads/2017/11/aecv-2016.pdf>
- Kollataj et. al., B. (22 de Março de 2016). Comparison of the quality of night paediatric urgent care in rural and urban areas of Lublin Province, eastern Poland. *Appraisals by parents of children requiring medical attention*, pp. 75-81.
- Lancet, T. (21 de Setembro de 2016). Measuring the Health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: A Base-line Analysis from the *Global Burden of Disease Study*. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext)
- Lima, L., & Almeida, N. (07 de Julho de 2013). Procura da Emergência Pediátrica pelas Mães: Implicações da Superlotação. Fortaleza, Ceará, Brasil.

- Macedo, Giselle; D'Innocenzo, Maria. (30 de Novembro de 2017). Satisfação da Qualidade de Atendimento em um Pronto-Socorro Infantil. São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Mainardes, E. (23 de Maio de 2010). Percepções dos Conceitos de Qualidade e Gestão pela Qualidade Total: Estudo de caso na universidade. Covilhã, Beira do Norte, Portugal.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística*. Lisboa: Sílabo.
- Ministros, C. d. (19 de Dezembro de 2005). Lei Quadro dos Hospitais Centras. 2-3. Praia , Ilha de Santiago, Cabo Verde.
- MNS. (Maio de 2014). *PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO*. Obtido de www.minsaude.gov.cv:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/19-plano-rh-cabo-verde/file>
- Nascimento, W. (Janeiro de 2017). Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: Revisão Integrativa. pp. 90-99.
- Neves, F. (04 de Março de 2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Neves, M. A. (2010). Avaliação da Qualidade da Prestação de Serviços de Saúde: O Enfoque Baseado no Valor para o Paciente. *III Congresso Consad de Gestão Pública* (pp. 10-15). Bahia: Centro de Convenções Ulysses Guimarães.
- Nutley, S., & Manion, C. (09 de Junho de 2000). Organisational culture and quality of health care. St. Andrews, U.K, United Kingdom. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743521/pdf/v009p00111.pdf>
- OMS. (5 de junho de 2013). *Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde em Cabo Verde*. Obtido de www.minsaude.gov.cv:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/243-relatorio-financiamento-saude-cabo-verde/file>
- OMS, O. (1989). *Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance*.

- Peixoto et al, B. (10 de Novembro de 2013). A Difícil Realidade do Pronto Atendimento Infante juvenil Mostrando a Situação de Saúde de uma Cidade. *Revista Paulista de Pediatria*, pp. 231-236.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto, S., & Silva, E. (Março de 2013). Qualidade e Satisfação com o serviço de urgência Pediátrica: a perspectiva dos acompanhantes das crianças. *Qualidade e Satisfação com o serviço de urgência Pediátrica: a perspectiva dos acompanhantes das crianças*, pp. 95-103.
- Pires, M. (15 de Fevereiro de 2017). *Biblioteca digital Brasileira de Teses e Dissertações*. Obtido de BDTD: http://btdt.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_ba8df838edb5990ac89af5630ac94fb9
- Ramos, B. (5 de Março de 2008). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011 - Reformar para uma Melhor Saúde*. Obtido de www.minsaude.gov.cv: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/outros-documentos/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-2008-2/220--61/file>
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde* (2ª Ed ed.). Porto: Porto Editora.
- Reis et al, E. (10 de Maio de 1998). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde*;, pp. 50-58. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>
- Ruiz, U. (03 de Maio de 2004). *Quality management in health care: a 20-year journey*. Madrid, Madrid, Spain.
- Sakellarides, C. (04 de Fevereiro de 2011). *Novo contrato social da saúde*. Obtido de Google Scholar: https://www.ideff.pt/xms/files/Prof._Dr._Constantino_Sakellarides.pdf
- Sales, C., Grossi, A., Almeida, C., Silva, J., & Macron, S. (28 de Março de 2012). *Oncology nursing care from the perspective of family caregivers in hospital context*. Maringá, Paraná, Brasil.
- Savassi, L. C. (2010). *A Satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária*. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

- Schons, C., & Klock, P. (10 de Outubro de 2013). *www.uniedu.sed.sc.gov.br*. Obtido de *www.uniedu.sed.sc.gov.br*: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Caroline-Beatriz-Schons.pdf>
- Sepúlveda, M. R. (1998). A Satisfação dos Utentes em Relação à Qualidade dos Cuidados: Consultas de Ginecologia/Obstetrícia e de Cirurgia Geral na Sã Vida, Medicina Apoiada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33-35.
- Serapioni, M. (20 de Março de 1999). Avaliação da Qualidade. *A Contribuição da Sociologia da Saúde para a Superação da Polarização entre a Visão dos Usuários e a Perspectiva dos Profissionais*, p. 53.
- Serapioni, M. (12 de Dezembro de 2009). Avaliação da Qualidade. *Reflexões Teóricometodológicas para uma Abordagem multidimensional*, p. 85. Obtido de <https://journals.openedition.org/rccs/343>
- Taylor, S. (4 de Fevereiro de 1994). Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies. London, London, United Kingdom.
- Teixeira et al, A. (2016). Gestão da Qualidade. Em A. T. Nelson Santos António, *De Deming ao modelo de excelência da EFQM* (p. 29). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Uchimura, K., & Bosi, M. L. (05 de Novembro de 2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. 6-18. Obtido de <https://www.scielo.org/pdf/csp/2002.v18n6/1561-1569/pt>
- Zeithaml, V., Parasuraman, P., & Berry, L. (27 de Janeiro de 1988). SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer Perceptinos of Service Quality*, pp. 12-35.
- Zickafoose, J. (13 de Março de 2013). Readiness of primary care practices for medical home certification. Michigan, EUA.

Apêndices

Apêndice I- Classificação das Dimensões da Variável Dependente.

Dimensões	Itens (O que avalia)
Instalações	<p data-bbox="831 465 1254 495">Estrutura Física do Banco de Urgência:</p> <ul data-bbox="879 539 1326 1122" style="list-style-type: none"><li data-bbox="879 539 1270 568">• Facilidade de acesso ao balcão.<li data-bbox="879 584 1158 613">• Acesso à casa banho.<li data-bbox="879 629 1326 696">• Limpeza e Higiene da casa de banho.<li data-bbox="879 712 1326 779">• Existência de fraldário na casa de banco.<li data-bbox="879 795 1326 862">• Limpeza e Higiene geral do Banco de Urgência Pediátrico.<li data-bbox="879 878 1326 1122">• Conforto do ambiente ao esperar pela consulta na receção (em termos de temperatura ambiente, estado de conservação das instalações, acesso a comidas e bebidas ligeiras, etc).
Atendimento	<p data-bbox="767 1167 1094 1196">Atendimento Inicial/Receção:</p> <ul data-bbox="879 1240 1326 1771" style="list-style-type: none"><li data-bbox="879 1240 1326 1308">• Tempo de espera para abertura da ficha.<li data-bbox="879 1323 1326 1435">• Educação do rececionista e Capacidade para prestar esclarecimentos.<li data-bbox="879 1451 1326 1518">• Rapidez para preenchimento da ficha.<li data-bbox="879 1534 1326 1601">• Tempo de espera para atendimento na triagem ou sala de emergência.<li data-bbox="879 1617 1326 1684">• Sistema de prioridade e processo de atendimento.<li data-bbox="879 1700 1326 1771">• Fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes.

Dimensões	Itens (O que avalia)
Enfermeiros	<p>Atendimento da Equipe de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção e educação da equipa de enfermagem. • Explicações oferecidas pela equipa de enfermagem. • Simpatia e disponibilidade da equipa de enfermagem. • Empenho da equipa de enfermagem. • Respeito à privacidade. • Competência e profissionalismo dos enfermeiros que atenderam a criança na Urgência. • Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem.
Médicos	<p>Atendimento Equipa Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção e educação da equipa médica. • Empenho da equipa médica. • Explicações oferecidas pela equipa médica. • Respeito à privacidade. • Resultado do tratamento. • Competência e profissionalismo da equipa médica que atendeu a criança na Urgência. • Em termos gerais, como avalia o desempenho do médico que acompanhou a criança.
Exames e Tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de espera para realização do exame. • Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis. • Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis. • Tempo de espera pelos resultados dos exames.

Dimensões	Itens (O que avalia)
Reclamações	<ul style="list-style-type: none"> Alguna vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Agostinho Neto. Se apresentou uma reclamação, acha que houve resolução da mesma.

Apêndice II - Características Sociodemográficas da amostra e caracterização das variáveis independentes

Tipo de variável e escala de medição	Variável	N	%
Variável qualitativa, escala nominal	Sexo do Acompanhante		
	Feminino	92	92
	Masculino	8	8
Variável quantitativa contínua, escala de intervalo.	Faixa Etária Acompanhante		
	Menor 10	0	0,0
	10-20	6	6,0
	20-30	50	50,0
	30-40	36	36,0
	40-50	7	7,0
	50-60	1	1,0
	Maior ou Igual a 60 anos	0	0,0
—————	Média	29,48	
	Mediana	29,00	
	Desvio Padrão	6,762	
Variável qualitativa, escala ordinal	Nível de Escolaridade		
	Não sabe ler nem escrever	3	3,0
	Ensino Básico	21	21,0
	Ensino Secundário	53	53,0
	Ensino Superior	23	23,0
Variável qualitativa, escala nominal	Área de Residência (Proximidade com Hospital)		
	Cidade da Praia	78	79,0
	Interior da Praia	20	19,0
	Evacuados das Ilhas	2	2,0
Tipo de variável e escala de medição	Variável	N	%

Variável qualitativa, escala Nominal	Grau de Parentesco com a Criança		
	Mãe	84	84,0
	Pai	8	8,0
	Avó	1	1,0
	Tia	4	4,0
	Madrinha	1	1,0
	Irmã	2	2,0
Variável quantitativa, escala nominal	Cuidador habitual da Criança		
	Sim	93	93,0
	Não	7	7,0
Variável qualitativa, escala nominal	Sexo da Criança		
	Feminino	46	46,0
	Masculino	54	54,0
Variável quantitativa contínua, escala de intervalo	Faixa Etária da Criança		
	Menor ou igual a 1 ano	45	45,0
	2 a 5 anos	40	40,0
	6 a 9 anos	11	11,0
	10 a 12 anos	4	4,0
Variável qualitativa, escala ordinal	Situação Escolar da Criança		
	Não frequenta escola	54	54,0
	Infantário	19	19,0
	Pré-escolar	11	11,0
	Escola Primária	16	16,0
Variável quantitativa, escala nominal	Hospitalização Anterior		
	Sim	70	70,0
	Não	30	30,0
Variável qualitativa, escala ordinal	Estado Geral da Saúde da Criança		
	Má	15	15,0
	Razoável	35	35,0
	Boa	29	29,0
	Muito Boa	9	9,0
	Excelente	12	12,0
Variável qualitativa, escala nominal	Acessibilidade ao BUP (Proximidade residência ao BUP)		
	Cidade da Praia	79	79,0
	Interior da Ilha de Santiago	19	19,0
	Evacuados das Ilhas	2	2,0
Tipo de variável e escala de medição	Variável	N	%

Variável qualitativa, escala nominal	Meio de Transporte utilizado para chegar ao BUP		
	Táxi	39	39,0
	Autocarro	28	28,0
	Hiace	14	14,0
	Viatura própria	13	13,0
	Ambulância	3	3,0
	Avião	2	2,0
	Pé	1	1,0
Variável quantitativa contínua, escala de intervalo	Tempo permanência no BUP		
	1 hora	40	40,0
	2 horas	11	11,0
	Menor ou igual a 6 horas	14	14,0
	Menor ou igual a 12 horas	11	11,0
	Menor ou igual a 24 horas	16	16,0
	Menor ou igual a 48 horas	4	4,0
	Menor ou igual a 72 horas	4	4,0

Apêndice III - Satisfação dos acompanhantes das crianças em relação ao serviço do BUP

Resumo resultados Satisfação dos Acompanhantes

Indicadores	Sem Resposta		Nada Satisfeito		Pouco Satisfeito		Razoavelmente Satisfeito		Satisfeito		Bastante Satisfeito		Totalmente Satisfeito		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estrutura Física do BUP	Facilidade de acesso ao balcão	0	0,0	0	0,0	3	3,0	4	4,0	12	12,0	18	18,0	63	63,0
	Acesso à casa banho	17	17,0	11	11,0	10	10,0	4	4,0	10	10,0	15	15,0	33	33,0
	Limpeza e Higiene da casa de banho	17	17,0	14	14,0	12	12,0	15	15,0	8	8,0	13	13,0	21	21,0
	Existência de fraldário na casa de banco	12	12,0	61	61,0	12	12,0	4	4,0	7	7,0	2	2,0	2	2,0
	Limpeza e Higiene geral do Banco de Urgência Pediátrico	0	0,0	4	4,0	4	4,0	17	17,0	19	19,0	19	19,0	37	37,0
	Conforto do ambiente ao esperar pela consulta na recepção	1	1,0	17	17,0	18	18,0	12	12,0	18	18,0	12	12,0	22	22,0
Atendimento Inicial/Recepção	Tempo de espera para abertura da ficha	0	0,0	0	0,0	3	3,0	5	5,0	11	11,0	34	34,0	47	47,0
	Educação do rececionista e Capacidade para prestar esclarecimentos.	1	1,0	2	2,0	6	6,0	3	3,0	11	11,0	35	35,0	42	42,0
	Rapidez para preenchimento da ficha	2	2,0	0	0,0	2	2,0	3	3,0	10	10,0	29	29,0	54	54,0
	Tempo de espera para atendimento na triagem ou sala de emergência	3	3,0	1	1,0	4	4,0	11	11,0	15	15,0	25	25,0	41	41,0
	Sistema de prioridade e processo de atendimento	4	4,0	1	1,0	8	8,0	6	6,0	12	12,0	24	24,0	45	45,0
	Fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes.	1	1,0	3	3,0	10	10,0	13	13,0	17	17,0	22	22,0	34	34,0

Indicadores		Sem Resposta		Nada Satisfeito		Pouco Satisfeito		Razoavelmente Satisfeito		Satisfeito		Bastante Satisfeito		Totalmente Satisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento Equipa de Enfermagem	Atenção e educação da equipa de enfermagem	0	0,0	4	4,0	2	2,0	8	8,0	21	21,0	29	29,0	36	36,0
	Explicações oferecidas pela equipa de enfermagem	0	0,0	4	4,0	8	8,0	10	10,0	15	15,0	25	25,0	38	38,0
	Simpatia e disponibilidade da equipa de enfermagem	0	0,0	4	4,0	6	6,0	9	9,0	21	21,0	27	27,0	33	33,0
	Empenho da equipa de enfermagem	0	0,0	3	3,0	6	6,0	9	9,0	21	21,0	25	25,0	36	36,0
	Respeito à privacidade	0	0,0	8	8,0	8	8,0	10	10,0	17	17,0	21	21,0	36	36,0
	Competência e profissionalismo dos enfermeiros que atenderam a criança na Urgência	0	0,0	1	1,0	2	2,0	17	17,0	14	14,0	24	24,0	42	42,0
	Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem	0	0,0	2	2,0	3	3,0	12	12,0	19	19,0	27	27,0	37	37,0
Atendimento Equipa Médica	Atenção e educação da equipa médica	0	0,0	0	0,0	3	3,0	3	3,0	13	13,0	35	35,0	46	46,0
	Empenho da equipa médica	0	0,0	1	1,0	3	3,0	5	5,0	13	13,0	33	33,0	45	45,0
	Explicações oferecidas pela equipa médica	0	0,0	4	4,0	4	4,0	2	2,0	15	15,0	28	28,0	47	47,0
	Respeito à privacidade	0	0,0	4	4,0	5	5,0	13	13,0	28	28,0	48	48,0	2	2,0
	Resultado do tratamento	7	7,0	0	0,0	3	3,0	9	9,0	18	18,0	24	24,0	39	39,0
	Competência e profissionalismo da equipa médica que atendeu a criança na Urgência	1	1,0	1	1,0	2	2,0	9	9,0	11	11,0	26	26,0	50	50,0
	Em termos gerais, como avalia o desempenho do médico que acompanhou a criança	0	0,0	1	1,0	0	0,0	6	6,0	14	14,0	34	34,0	45	45,0

Indicadores		Sem Resposta		Nada Satisfeito		Pouco Satisfeito		Razoavelmente Satisfeito		Satisfeito		Bastante Satisfeito		Totalmente Satisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Exames e Tratamentos	Tempo de espera para realização do exame	8	8,0	9	9,0	9	9,0	10	10,0	26	26,0	16	16,0	22	22,0
	Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis	10	10,0	5	5,0	8	8,0	13	13,0	19	19,0	14	14,0	31	31,0
	Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis	10	10,0	3	3,0	6	6,0	5	5,0	20	20,0	23	23,0	33	33,0
	Tempo de espera pelos resultados dos exames	12	12,0	14	14,0	16	16,0	8	8,0	20	20,0	13	13,0	17	17,0

Indicadores		Sim	Não
Reclamações	Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Agostinho Neto	17	83
	Se apresentou uma reclamação, acha que houve resolução da mesma.	3	14

Apêndice IV – Documento de Informação ao Sujeito da Investigação

DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

Consentimento Informado

NOME DE ESTUDO: Satisfação dos Acompanhantes das Crianças com a Qualidade de Atendimento do Banco de Urgência Pediátrico do Hospital Agostinho Neto.

INVESTIGADOR: Cynthia Rosa Maria Anna Pinto

CONTACTO: Telefone: 9970707, Correio electrónico: cyndypinto@gmail.com

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação no âmbito de desenvolvimento da

Tese de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, ministrado pela Escola

Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Estará envolvido na recolha de informação para nos

ajudar a compreender melhor qual a

sua satisfação com o atendimento na Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Agostinho Neto.

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

Objetivo do estudo

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

O estudo irá recolher informação de utentes (pais ou acompanhantes) de crianças que recorrem

ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Agostinho Neto. Conhecendo o que mais influi

a satisfação dos indivíduos que se deslocam às Urgências Hospitalares, será possível a concentração de esforços em áreas

críticas, maximizando-se assim a qualidade apercebida pelos pacientes, ao nível dos cuidados prestados no Serviço de Urgência Pediátrica, e, conseqüentemente, a sua satisfação e posterior recomendação dos mesmos.

O que é que este estudo envolve?

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

Todos os questionários levarão cerca de 10 minutos a completar.

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

A quem é pedido para participar deste estudo?

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

Existem riscos na Participação?

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

Existem benefícios por participar?

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

Quem terá acesso à minha informação

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

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice V



Questionário no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Satisfação dos Acompanhantes das Crianças com a Qualidade de Atendimento do Banco de Urgência Pediátrica do Hospital Agostinho Neto.

Exmos. Pais/Cuidadores da criança

O Hospital Agostinho Neto está empenhado em garantir a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes. Nesse sentido, pretende-se com este estudo de carácter científico, auscultar a perceção da satisfação que os Pais e Cuidadores têm, em relação ao atendimento no Banco de Urgência Pediátrica durante o processo de observação das crianças.

Gostaria de pedir a sua colaboração para responder a algumas questões.

Responda, por favor, de forma honesta e de acordo com a sua opinião.

Os resultados são anónimos e confidenciais e destinam-se apenas à elaboração de uma tese de mestrado, no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Portugal.

Todas as suas respostas são confidenciais e serão usadas apenas no contexto deste estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cynthia Pinto

Secção A – Identificação do respondente

Esta secção diz respeito à sua identificação enquanto acompanhante da criança em episódio de urgência hoje.

1. Sexo:

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

2. Idade: ____anos

3. Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>

4. Área de residência: _____

5. Grau de parentesco com a criança internada: _____.

6. É o cuidador habitual da criança?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Secção B – Identificação da criança

Esta secção diz respeito à identificação da criança que hoje traz à urgência.

7. Sexo:

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

8. Idade: ____anos/ ____meses

9. Escolha a opção que mais de adequa à situação da criança

Não frequenta a escola	<input type="checkbox"/>
Está no infantário	<input type="checkbox"/>
Pré-escolar	<input type="checkbox"/>
Escola Primária	<input type="checkbox"/>

10. A criança já foi hospitalizada anteriormente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

11. Qual era o estado geral da saúde da criança antes da ocorrência?

Má	
Razoável	
Boa	
Muito Boa	
Excelente	

Secção C – Acessibilidade ao serviço

12. Local/área onde encontrava quando teve que recorrer à urgência (distancia Km a que se encontrava do banco de urgência) _____

13. Meio de transporte utilizado para se deslocar ao Banco de Urgência: _____.

14. Tempo que demorou a chegar ao banco de urgência _____

15. Há quanto tempo a criança está no serviço a aguardar diagnóstico? _____ horas.
_____ dias

Secção D – Avaliação da Satisfação

Para responder às questões que se seguem deverá utilizar uma escala que pode variar entre

1 = Nada satisfeito e 6 = Totalmente satisfeito

16. Estrutura física do Banco de Urgência

	1	2	3	4	5	6
16.1 Facilidade de acesso ao balcão						
16.2 Acesso à casa banho						
16.3 Limpeza e Higiene da casa de banho						
16.4 Existência de fraldário na casa de banco						
16.5 Limpeza e Higiene geral do Banco de Urgência Pediátrico						
16.6 Conforto do ambiente ao esperar pela consulta na recepção (em termos de temperatura ambiente, estado de conservação das instalações, acesso a comidas e bebidas ligeiras, etc)						

17. Atendimento Inicial/Recepção

	1	2	3	4	5	6
17.1 Tempo de espera para abertura da ficha						
17.2 Educação do recepcionista e Capacidade para prestar esclarecimentos.						
17.3 Rapidez para preenchimento da ficha						
17.4 Tempo de espera para atendimento na triagem ou sala de emergência						
17.5 Sistema de prioridade e processo de atendimento						
17.6 Fornecimento de serviços rápidos para problemas de saúde urgentes						

18. Atendimento equipa de enfermagem

	1	2	3	4	5	6
18.1 Atenção e educação da equipa de enfermagem						
18.2 Explicações oferecidas pela equipa de enfermagem						
18.3 Simpatia e disponibilidade da equipa de enfermagem						
18.4 Empenho da equipa de enfermagem						
18.5 Respeito à privacidade						
18.6 Competência e profissionalismo dos enfermeiros que atenderam a criança na Urgência						
18.7 Em termos gerais, como avalia o desempenho da equipa de enfermagem						

19. Atendimento equipa médica

	1	2	3	4	5	6
19.1 Atenção e educação da equipa médica						
19.2 Empenho da equipa médica						
19.3 Explicações oferecidas pela equipa médica						
19.4 Respeito à privacidade						
19.5 Resultado do tratamento						
19.6 Competência e profissionalismo da equipa médica que atendeu a criança na Urgência						
19.7 Em termos gerais, como avalia o desempenho do médico que acompanhou a criança						

20. Exames e Tratamentos

	1	2	3	4	5	6
20.1 Tempo de espera para realização do exame						
20.2 Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis						
20.3 Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis						
20.4 Tempo de espera pelos resultados dos exames						

21. Reclamações

	Sim	Não
20.5 Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital		
20.6 Se apresentou uma reclamação, acha que houve resolução da mesma.		

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexos

Anexo II – Autorização Comissão Nacional de Protecção de Dados



Comissão Nacional
de
Protecção de Dados

À Sra. Cynthia Rosa Pinto

- Praia -

N.º Ref.º N.º **54**.....CNPd/2019

Praia, 11 de fevereiro de 2019


Assunto: Notificação

Por despacho da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd), somos a notificar a Sra. Cynthia Rosa Pinto da conclusão do Processo de **Autorização de Estudos Clínicos Observacionais (não Intervencionais)**.

Segue em anexo a cópia da Autorização n.º 09/2019

Queira aceitar os nossos melhores cumprimentos.

O Secretário da Comissão Nacional de Protecção de Dados,
(CNPd), somos a notificar a Sra. Cynthia Rosa Pinto da conclusão
do Processo de **Autorização de Estudos Clínicos Observacionais
(não Intervencionais)**.


/Gregório Barros Varela/

Anexo III – Autorização do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS)



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE (CNEPS)

Deliberação nº 15/2019

1. Foi submetido, nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para efeitos de avaliação do CNEPS, o Projeto intitulado **“Satisfação da Qualidade do atendimento no Banco de Urgência Pediátrico por parte dos acompanhantes das crianças”**, apresentado pela aluna **Cynthia Rosa Maria Anna Pinto**, do Curso de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde, inscrita na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, sob a orientação das **Professoras Doutoras Margarida Eiras e Gilda Cunha**.
2. A pesquisa será realizada no Banco de Urgência de Pediatria do Hospital Dr Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde, no período de 1 a 30 de janeiro de 2019, através da aplicação, aos acompanhantes das crianças, de um questionário, denominado “Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos hospitais (Urgências)”
3. Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa, envolvendo uma amostra de 100 indivíduos, tendo como critérios de inclusão, os utentes do Banco de Urgência da Pediatria, BUP, com idade compreendida entre os 0 e 10 anos, à data de 3 a 7 de dezembro de 2018.
4. Como documentos de suporte, foram apresentados: (i) o Projeto de Pesquisa; (ii) a carta dirigida ao CNEPS; (iii) o Termo de Informação ao Sujeito da Investigação; (iv) a autorização, condicionada, do Hospital Dr. Agostinho Neto; (v) O CV da pesquisadora principal; (vi) e o Questionário a ser aplicado.
5. O CNEPS fez a análise documental do projeto na sua 89ª Reunião Ordinária, realizada, a 27 de Dezembro de 2018, tendo concluído que o mesmo não reunia os requisitos éticos mínimos exigidos, pelo que, ao abrigo da alínea a) do Nº 3 do Artigo 11º do Decreto-Lei Nº 26/2007, de 30 de Julho, deliberou no sentido de notificar à pesquisadora principal as exigências com as devidas sugestões de revisão do problema, assim como os procedimentos de um novo exame do estudo (**ver Deliberação nº 74/2018**).
6. A 8 de Fevereiro de 2019, o projeto revisto, incluindo os documentos em falta, conforme solicitado na deliberação acima referida, foram submetidos para nova avaliação, tendo o CNEPS constatado que a maioria das exigências da deliberação anterior haviam sido corrigidas, todavia, o Documento de informação ao sujeito da investigação carecia ainda de melhorias (**ver Deliberação nº 5/2019**).

Handwritten signature

7. No dia 8 de Abril de 2019 a pesquisadora submeteu o Documento de Informação ao sujeito da investigação corrigido.

Pelo exposto, o CNEPS concluiu estarem reunidos os requisitos éticos mínimos, tendo deliberado no sentido da aprovação da pesquisa.

Praia, 9 de abril de 2019

A Presidente
Maria de Lourdes S. Monteiro



Anexo IV – Autorização Direção Hospital Agostinho Neto



Ministério da Saúde e
da Segurança Social



Hospital Dr. Agostinho Neto

Direção Clínica

À Sra. Cynthia Rosa Maria Anna Pinto

C/c.:

- Diretora do Serviço de Pediatria – Dra. Mitza Sanches

N. Refª nº 164/DC-HAN/18

Assunto: Autorização prévia para realização de Projeto

Cara Sra. Cynthia Pinto,

A Direção Clínica do HAN, vem através desta informá-la que o Projeto de Investigação Científica “Satisfação da Qualidade de Atendimento no Banco de Urgência Pediátrico por parte dos Acompanhantes das Crianças” proposta à esta Direção tem autorização prévia para a sua submissão ao Comité Nacional de Ética e Pesquisa em Saúde.

Deverá também solicitar autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados para o efeito. Louvamos iniciativas do género, e é sempre um prazer colaborar para realização de trabalhos do tipo.

Saudações,



Saúde: Um compromisso do Estado, Uma Responsabilidade de Todos

Hospital Dr. Agostinho Neto - Rua “Mártires de Pidjiguiti”, Cidade da Praia, C.P. 112 Praia – Santiago – Cabo Verde
Telefone PBX: (+238) 2602140/5060/70 - VOIP: 3337650/7656 - Fax (238) 2617974 - Site: www.han.cv - E-mail: eu.ousoajudar@han.gov.cv