

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ângela Maria Andrade Vinhas Tomás

Satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central: Contributo para melhor cuidar

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária



Viseu, julho de 2016

Ângela Maria Andrade Vinhas Tomás

Satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central: Contributo para melhor cuidar

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Professora Doutora Suzana André

Viseu

Aos meus filhos, que fizeram da minha vida não apenas uma vida, mas uma razão de ser.
Amo-vos!

Agradecimentos

Este trabalho deve muito a algumas pessoas, por diferentes razões, e eu gostaria de agradecer especialmente:

À minha Orientadora, Professora Doutora Suzana André, por ser uma interlocutora motivada a oferecer estímulos e, principalmente, a percorrer novos caminhos, ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dúvidas e problemas que surgiram durante o processo de realização deste trabalho; por ser uma pessoa paciente, generosa e pela coragem de ousar trabalhar com novas ideias e conceitos.

A todos os utentes que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem os quais o mesmo não teria sido exequível.

Ao meu marido e filhos pela sua força inspiradora, pelo amor que me dedicam todos os dias, por serem o meu porto seguro em todas as minhas aventuras, por todo o amor, força e valorização dos meus potenciais, pela felicidade que me proporcionam.

Ao António, amigo do coração, pelo seu apoio, pelo seu companheirismo silencioso nos momentos difíceis e trabalhosos pelos quais passei. É uma bênção tê-lo como amigo.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: O carácter inovador da Cirurgia de Ambulatório reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.

Objetivos: Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam a qualidade percebida dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central; verificar se existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais na qualidade percebida dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central; verificar a existência de efeitos significativos das variáveis sociofamiliares na qualidade percebida nos utentes.

Métodos: Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo e correlacional; enquadra-se num estudo descritivo analítico-correlacional porque o mesmo tem por objetivo explorar as relações entre variáveis e descrevê-las. Os dados foram colhidos junto dos utentes tendo como base escalas e questionários. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 140 utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central, na maioria, do sexo masculino (60,7%), com uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 94 anos, ao que corresponde uma idade média de 58,01 (± 19.26 anos). Foi aplicado um Questionário de caracterização sociodemográfica e sociofamiliar, incluindo-se o Questionário (*Medical Outcomes Study Social Support Survey*) MOS-SSS (Fachado et al., 2007) e o Questionário *Service Quality* (SERVQUAL) (Parasuraman et al., 1988).

Resultados: Os utentes do sexo feminino manifestam mais satisfação em relação à UCA (cortesia/empatia $p=0.000$; compreensão do utente $p=0.000$; fiabilidade $p=0.005$; acessibilidade $p=0.010$; qualidade global $p=0.001$; os utentes idosos obtiveram valores mais elevados em quase todas as dimensões e na qualidade global (aspectos físicos $p=0.006$); os participantes com o ensino básico manifestaram mais satisfação (fiabilidade $p<0,016$); os que possuem um rendimento familiar até 1000€ apresentaram maior nível de satisfação (cortesia/empatia $p=0,033$); os utentes que não se deslocam em meio de transporte próprio atribuem mais qualidade à UCA (fiabilidade $p=0,028$); aqueles cuja residência está situada a uma distância superior a 15 km do hospital revelam índices mais elevados de qualidade (cortesia/simpatia $p=0.037$; compreensão do utente $p=0.044$; fiabilidade $p=0.022$; acessibilidade $p=0.001$; qualidade global $p=0.013$); os participantes cuja distância de casa ao centro de saúde é superior a 9 km revelam mais satisfação (fiabilidade $p=0.038$); os utentes com tempos de espera para a cirurgia entre 6-12 meses atribuem mais qualidade à UCA (cortesia/empatia $p=0.000$; compreensão do utente $p=0.011$; fiabilidade $p=0.007$; acessibilidade $p=0.001$; qualidade global $p=0.001$).

Conclusão: A maioria dos utentes atribui qualidade à UCA, tendo em conta a cortesia/empatia, a compreensão do utente, fiabilidade, acessibilidade e aspectos físicos, pode afirmar-se que a referida Unidade adequa os serviços prestados às suas necessidades, garantindo, deste modo, a satisfação dos utentes.

Palavras-chave: Cirurgia de Ambulatório; Satisfação dos utentes; Qualidade; Atendimento.

Abstrat

Framework: The innovative nature of the Ambulatory Surgery lies in its specific organizational model, centered on the patient, which involves an independent relocation of the circuit, looking for gains in efficiency and quality and obtaining higher levels of humanization and satisfaction users and their families.

Objectives: To analyze how the sociodemographic variables influence the perceived quality of the users of an Ambulatory Surgery Unit of Central Hospital; check if there are significant effects of situational variables on the perceived quality of the users of an Ambulatory Surgery Unit of Central Hospital; verify the existence of significant effects of social-familial variables in perceived quality in users.

Methods: Quantitative study, cross-sectional, descriptive and correlational; is part of an analytical-descriptive correlational study because it aims to explore the relationships between variables and describe them. Data were collected from users having as scales and questionnaires basis. The sample is not probabilistic convenience, consisting of 140 users of an Ambulatory Surgery Unit of Central Hospital, mostly male (60.7%), with a minimum age of 19 years and a maximum of 94 years , which corresponds to an average age of 58.01 (\pm years 19:26). It applied a questionnaire of sociodemographic characteristics and social-family, including the questionnaire (Medical Outcomes Study Social Support Survey) MOS-SSS (Fachado et al., 2007) and the Service Quality Questionnaire (SERVQUAL) (Parasuraman et al., 1988).

Results: Female Users express more satisfaction with the UCA (free/empathy $p=0.000$; understanding of the user $p=0.000$; reliability $p=0.005$; accessibility $p=0.010$; overall quality $p=0.001$; elderly users obtained values higher in almost all dimensions and overall quality (physical aspects $p=0.006$), the participants with basic education expressed more satisfaction (reliability $p < 0.016$) and those who have a family income up to € 1,000 had higher level of satisfaction (courtesy/empathy $p=0.033$), users who do not travel in their own means of transport attribute more quality to UCA (reliability $p=0.028$); those whose residence is situated at a distance of 15 km from the hospital show higher rates of quality (courtesy/friendliness $p=0.037$; understanding of the user $p=0.044$; reliability $p=0.022$; accessibility $p=0.001$; overall quality $p=0.013$); the participants whose distance from home to the health center is more than 9 km reveal more satisfaction (reliability $p=0.038$); users with waiting times for surgery 6-12 months give more quality to the UCA (free/empathy $p=0.000$; understanding of the user $p=0.011$; $p=0.007$ reliability, accessibility $p=0.001$; overall quality $p=0.001$) .

Conclusion: Most of the users attributes quality to UCA, given the courtesy / empathy, understanding of the user, reliability, accessibility and physical aspects, it can be said that the Unit suits the services your needs, ensuring this similarly, the satisfaction of users.

Keywords: Ambulatory Surgery; User satisfaction; Quality; Attendance

Índice de Siglas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ALERT - *Alert life sciences computing*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

CA - Cirurgia de Ambulatório

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

K/S - Kolmogorov-Smirnov

MOS-SSS - *Medical Outcomes Study Social Support Survey*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PACT - *Preoperative, Assessment, Consultation and Treatment*

PNS - Plano Nacional de Saúde

SERVQUAL - *Service Quality*

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UMW - Teste de U-Mann Whitney

Índice

Introdução.....	21
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
1. Cirurgia de Ambulatório	27
1.1. UCA Viseu.....	30
1.1.1. Circuito do utente na UCA da Unidade de Viseu.....	30
2. Satisfação dos utentes.....	33
2.1. Satisfação face à Unidade de Cirurgia de Ambulatório.....	37
2.1.1. Determinantes e dimensões da satisfação.....	37
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	43
1. Metodologia	45
1.1. Métodos	45
1.2. Participantes	47
1.2.1. Caracterização da amostra	47
1.3. Instrumento de colheita de dados	48
1.4. Procedimentos formais e éticos.....	53
1.5. Análise dos dados	54
2. Resultados.....	57
2.1. Análise descritiva	57
2.2. Análise inferencial	61
3. Discussão.....	67
3.1. Discussão metodológica.....	67
3.2. Discussão dos resultados.....	67
Conclusão.....	71
Referências Bibliográficas	75
ANEXOS.....	79
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	

Índice de Figuras

Figura 1: Percurso na pré-admissão cirúrgica.....	23
Figura 2 - Operados em ambulatório por distrito de residência nos anos de 2006, 2012 e 2013	28
Figura 3 – Resultados em Saúde que potenciam a satisfação do utente	34
Figura 4 - Relação entre os domínios e a satisfação do utente.....	35
Figura 5 - Relação entre os domínios e a satisfação do utente.....	36
Figura 6 – Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores da Cirurgia do Ambulatório e Dimensões avaliadas.....	37
Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade segundo o género.....	47
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de contexto sociofamiliar da amostra em função do género.....	48
Tabela 4 - Alpha de Cronbach para as dimensões da Escala MOS-SSS.....	50
Tabela 5 – Alpha de Cronbach para as dimensões do SERVQUAL-A.....	52
Tabela 6 – Alpha de Cronbach para as dimensões do SERVQUAL-B.....	53
Tabela 7 – Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação....	54
Tabela 8 – Dados relativos às variáveis contextuais da UCA em função do género	58
Quadro 9 – Estatísticas relativas às variáveis relacionadas com a UCA.....	59
Tabela 10 – Estatísticas relativas à qualidade idealizada e percebida (SERVQUAL)	60
Tabela 11 – Teste Wilcoxon entre a qualidade idealizada e a qualidade percebida.....	61
Tabela 12 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a qualidade percebida	63
Tabela 13 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis circunstanciais com a qualidade	65
Tabela 14 – Correlação de Spearman relacionando as dimensões do suporte social (MOS-SSS) com a qualidade percebida (SERVQUAL) nos utentes da UCA	66

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Comparação média do apoio social (MOS-SSS) nas várias dimensões em função do género.....	59
Gráfico 2 – Comparação média da qualidade idealizada e percebida nas várias dimensões	60

Introdução

A temática da satisfação dos utentes, na perspetiva de clientes de uma Unidade de Saúde, tem sido nos últimos anos, uma preocupação crescente para os gestores desta área, uma vez que, o aumento das expectativas e o grau de exigência dos cidadãos, constitui uma determinante fulcral da organização e prestação dos cuidados de saúde, sendo já considerados a alavanca dinamizadora da mudança e da implementação de sistemas de qualidade nos serviços, promovendo a segurança do cliente (Marques, 2010).

Dado que a qualidade está intimamente ligada à saúde e que a saúde dos indivíduos é influenciada por fatores biológicos, socioeconómicos e ambientais, a utilização dos serviços de saúde e sua acessibilidade é entendida como um constructo, multidimensional, em que a satisfação pode ser entendida com uma reação do individuo a aspetos relacionados com o contexto, processos e resultados, face à experiência do consumidor de cuidados de saúde (Correia, 2010).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) visa “maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis. Tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde como meta até 2020”, não esquecendo, os desafios correspondentes da transição demográfica, relativamente à sustentabilidade económica e ambiental, à globalização, que requerem uma revisão e reformulação dos objetivos e do objeto dos seus contratos sociais.

Todavia, ainda permanece uma fraca cultura de qualidade na prestação do serviço de saúde, motivo pelo qual, se torna imprescindível intervir, de forma cirúrgica, na melhoria da qualidade da prestação dos serviços e cuidados de saúde, designadamente no que se refere ao atendimento, relações interpessoais dos profissionais com todos os utentes (PNS, 2015).

Assim sendo, as organizações de saúde deveriam assumir uma atitude de tomada de consciência, relativamente, à perceção da qualidade do serviço ou produto oferecidos aos seus clientes. Esta posição leva a que os resultados favoráveis à satisfação dos clientes ou, eventualmente, os desfavoráveis, conduzam a uma reflexão, por parte dos órgãos competentes, no sentido de potenciar ações corretivas e melhorar os serviços prestados (PNS, 2015).

A satisfação do cliente é, portanto, um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços, tornando-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde em

geral. Assim, a satisfação com os serviços prestados, tem vindo gradativamente, a afirmar-se, como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Desta forma, o utente/família procede à avaliação dos cuidados que lhe foram prestados com base nas suas necessidades, nas experiências prévias pessoais/outros e ainda, da eficácia na comunicação (Moura, Ferreira, Barbosa & Mourão, 2014).

A atentar esta importância, a Ordem dos Enfermeiros (OE) portugueses refere que a equipa multidisciplinar deve possuir competências comunicacionais, atitude empática, assim como, ser capazes de fornecer informação adequada, ou de providenciar a informação necessária que oriente o utente/família física e emocionalmente, durante a sua permanência no hospital. A avaliação da satisfação e qualidade foi introduzida nas instituições de saúde de forma a potencializar uma análise mais eficaz da eficácia e eficiência dos serviços que presta. Não esquecendo que os parâmetros avaliativos são sempre complexos versando a estrutura, os processos e os resultados da instituição. Neste sentido, o resultado das investigações podem constituir um instrumento concreto e acessível às administrações das instituições de saúde, rentabilizado como forma de potenciar melhorias nos cuidados prestados (OE, 2010).

Neste âmbito, de modo a reconciliar as necessidades dos utentes e a realidade económica existente, novos avanços surgiram. Potencializado pelo desenvolvimento de novas técnicas anestésicas e cirúrgicas, surge a realização de cirurgias, com menor agressividade e de recuperação mais rápida, em Ambulatório, possibilitando que o utente não necessite de pernoitar no hospital, sendo que faz emergir o envolvimento, quer dos utentes quer dos familiares, em todo o processo cirúrgico, resultando em menores implicações para o seu dia-a-dia (Ferreira, 2014).

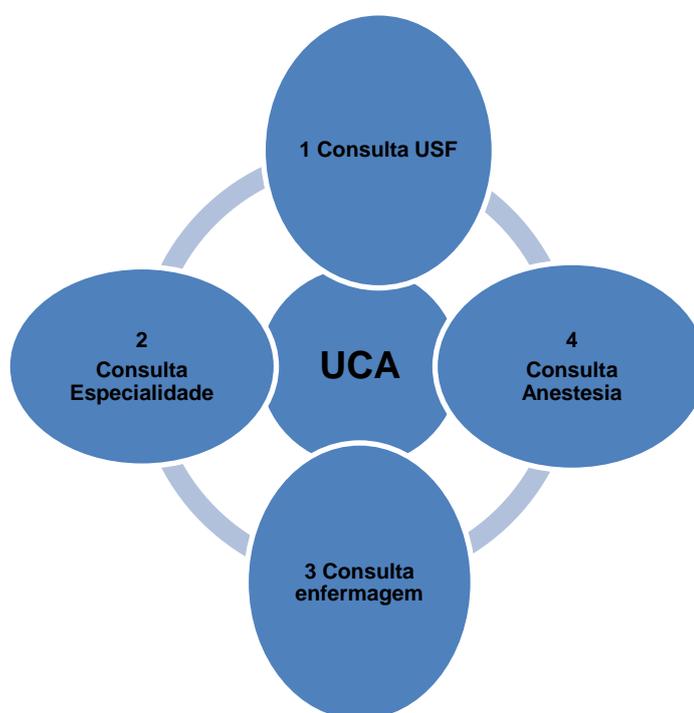
Atualmente, em contexto da Medicina Moderna, a ideia da realização de Cirurgia em Ambulatório é, um exemplo de estratégia funcional, que visa uma organização com maior eficácia e eficiência com custos muito mais reduzidos. O atendimento ao Utente/família nas unidades de saúde de ambulatório, passa a ser um dos fatores de diferenciação entre as várias unidades hospitalares assumindo um carácter de diferenciação na qualidade do serviço prestado pelas unidades (Ferreira, 2014).

Deste modo, a Cirurgia de Ambulatório (CA) tem como principais objetivos o aumento da comodidade do utente/família, potencializando o seu envolvimento nos cuidados prestados, reduzindo o tempo de espera cirúrgico e de permanência hospitalar, a promoção de uma recuperação, pós-operatória com prestação de cuidados individualizados e humanizados, resultando numa reabilitação socioprofissional mais rápida (Moura et al., 2014).

É então relevante o recurso à Plataforma Informática ALERT (*Alert life sciences computing*). Trata-se de uma Plataforma objetiva e intuitiva, na qual foi instalada o Programa de Pré Admissão de utentes cirúrgicos, pensada e idealizada para tornar mais abrangente a identidade da cirurgia de ambulatório.

A unidade prestadora de cuidados aos participantes em avaliação foi estruturada e organizada de forma apelativa e funcional no piso 2, com entrada direta pelas consultas externas. O seu principal objetivo é tornar o percurso do utente/familiar, até ao dia da cirurgia, mais rápido e eficiente, sustentado por um conceito de fácil compreensão para os seus intervenientes. No entanto, pressupõe um serviço de proximidade entre a rede de cuidados primários e a área geográfica abrangida pela UCA. Com apenas uma convocatória realizada pelos administrativos da unidade, o utente passa por três consultas: Cirurgia, Anestesia, Enfermagem, realizadas em três gabinetes paralelos que se encontram no mesmo espaço arquitetónico do Hospital de dia, 2º piso (cf. Figura 1).

Figura 1: Percurso na pré-admissão cirúrgica



Foi face a este enquadramento, da interface entre a satisfação de utentes e Cirurgia de Ambulatório, que optámos por dirigir o nosso estudo, reconhecendo-o como uma mais-valia, sobre “*A satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central*”, numa dinâmica de análise, diagnóstico e recomendações que

contribuam para elevar a qualidade e satisfação dos utentes da referida Unidade, conduzindo à melhoria das práticas da equipa multidisciplinar.

Tendo em conta o descrito, emergiu como questão de investigação geral a seguinte: *Qual o nível de satisfação dos utentes da Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central, face ao atendimento pela equipa multidisciplinar e condições do espaço físico envolvente.* Surge, assim, como objetivo geral: avaliar o nível de satisfação dos utentes de Cirurgia de Ambulatório.

Em termos estruturais, este relatório encontra-se dividida em duas partes, constando da introdução e da fundamentação teórica a definição de conceitos como Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e Satisfação. Aqui se reflete sobre o significado dos conceitos na área hospitalar, realçando a importância da Cirurgia de Ambulatório. A investigação empírica é descrita na segunda parte, onde é definida a metodologia de investigação, são analisados e discutidos os resultados. Por último, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras, seguindo-se o espectro bibliográfico.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Cirurgia de Ambulatório

O crescimento global da Cirurgia Ambulatória (CA) constitui um dos maiores avanços da Medicina moderna. Organizado com uma equipa multidisciplinar de assistência cirúrgica pressupõe um sistema funcional de prestação de cuidados de qualidade e com segurança. Este conceito permite o tratamento de doentes, selecionados em consulta prévia, de modo eficiente e seguro, sem necessidade de recorrer ao internamento hospitalar, para além do binómio custo-eficiência ser altamente favorável o que leva a um elevado grau de satisfação dos utentes (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, CNADCA,2008).

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde define CA como uma intervenção cirúrgica, programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, portanto com ou sem presença de um anestesista, que embora, habitualmente seja efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias com a devida segurança, em regime de admissão e alta no mesmo dia. Se o utente permanecer até um período máximo de vinte e quatro horas, é designada cirurgia com pernoita hospitalar de acordo com a Portaria nº 132/2009, de 30 de janeiro (CNADCA,2008).

Surgem como verdadeiros impulsionadores deste conceito a grande diversidade de procedimentos cirúrgicos com patologia de média complexidade otimizados, devido ao constante aperfeiçoamento das técnicas minimamente invasivas e da permanente evolução dos equipamentos médicos o que torna possível ser efetuados em regime de ambulatório (Mendonça 2010).

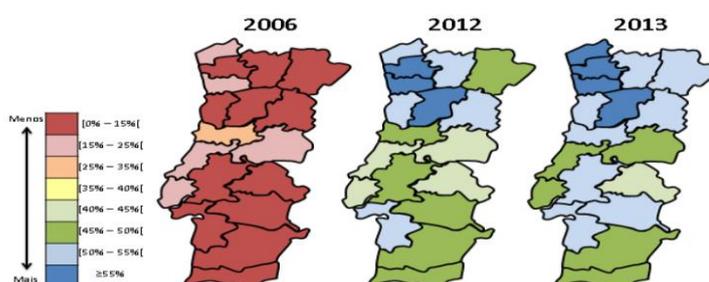
Todos estes procedimentos cirúrgicos em ambulatório são tabelados pela Portaria n.º 567/2006 de 12 de junho do Diário da República, I Série-B, alterada posteriormente pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de janeiro, onde se definem os preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

A CA tem sido promovida um pouco por todo o mundo apesar da falta de empenho político manifestado com a manutenção de barreiras ao desenvolvimento e financiamento do conceito. Esta promoção deve-se às suas múltiplas vantagens, tais como se salientam a obtenção de um tratamento personalizado com rápido regresso a casa para um período de convalescença em ambiente familiar, o que leva à redução do risco de infeção e de possíveis episódios de desorientação/ansiedade do utente e familiares sem necessidade de interromper a habitual medicação (Ferreira 2013).

Deste modo, a CA é das poucas abordagens em saúde, em que todos os elementos integrantes retiram benefícios, tais como qualidade, acessibilidade, humanização para o utente, satisfação para o profissional e contenção de custos para o Estado (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, APCA, 2016).

Em Portugal, a CA com início na década de 90 do século XX teve, nos últimos anos, um desenvolvimento extraordinário, apresentando hoje valores superiores a 55% de toda a atividade cirúrgica nacional. Este desenvolvimento tem um impacto social e económico imediato quer no desenvolvimento da qualidade, na redução da lista de espera cirúrgica, quer na racionalização da despesa em saúde (Magalhães, 2015). Este facto deve-se, por um lado, ao esforço e à dinâmica desencadeada pela Comissão (CNADCA) e Associação (APCA) Nacionais através da permanente divulgação e sensibilização da sua implementação, e, por outro, às inúmeras medidas governamentais instituídas para a sua promoção (APCA, 2012) (cf. Figura 2).

Figura 2 - Operados em ambulatório por distrito de residência nos anos de 2006, 2012 e 2013



Fonte: Relatório da Atividade em Cirurgia Programada – Ano 2013

Foi atribuído pelo Ministério da Saúde à CNADCA, através do Despacho nº 25 832/2007, a missão de reconhecer os constrangimentos físicos, humanos e de formação para implementação da CA, identificar os procedimentos cirúrgicos passíveis de ser efetuados em ambulatório, apurar o impacto económico e a melhoria da acessibilidade dos utentes, esclarecer os requisitos que as unidades de CA devem respeitar em termos de instalações/arquitetura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa, apresentar propostas de desenvolvimento imediato de unidades com adequada viabilidade económica, financeira e uma gestão clínica articulada com toda a rede de cuidados de saúde, tanto primários como continuados e, por último, selecionar e ordenar indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade da CA. Para o cumprimento desta missão, esta comissão conta com a experiência de 37 elementos entre os quais

médicos, enfermeiros e administradores hospitalares oriundos de hospitais de diferentes dimensões (CNADCA, 2008).

Assim, na instalação destas unidades e apesar de alguns constrangimentos logísticos, políticos e de recursos humanos, existe a preocupação de proporcionar os meios necessários que permitem minimizar os tempos de espera, maximizar os tempos operatórios otimizando os profissionais nas tarefas que criam valor, impedindo as quebras nos fluxos de trabalho (Ribeiro 2014).

Para tal, torna-se imprescindível a existência de áreas específicas, adequadas à missão a que se destinam, tais como uma receção/secretaria, sala de espera para utentes e acompanhantes com um ambiente acolhedor e redutor da ansiedade, gabinetes de consulta, área destinada a vestiário com instalações sanitárias onde poderá guardar os seus pertences, vestiário de pessoal da equipe, área de desinfeção da equipa cirúrgica e, área para desinfeção de material cirúrgico, sala de operações planeada com recursos materiais e humanos de acordo com as intervenções a realizar. Deverá existir uma área destinada ao recobro anestésico com capacidade para os utentes operados e com equipamento de monitorização e avaliação quanto aos critérios de alta. Área para acondicionar Rx móvel, uma copa com capacidade para fornecer pequenas refeições, área para armazenamento da farmácia, consumo hoteleiro e consumo clínico, compartimentos para sujos/limpos, área de alta ou saída apetrechada com cadeirões, onde se efetua a reunião com o utente e acompanhante para o esclarecimento de todas as dúvidas, de forma privada e em ambiente relaxante. Por fim estas unidades devem ter um acesso automóvel próximo da saída dos utentes (CNADCA,2008).

Importante será também realçar que existem vários tipos de organização de uma UCA. Assim estas podem ser unidades integradas que utilizam instalações pré existentes que tem como vantagens o funcionamento imediato com o mínimo risco financeiro, as unidades autónomas com circuitos independentes, as unidades satélite, que são fisicamente separadas do hospital, mas dependem administrativamente deste, e os centros de CA ou Unidades “Free Standing “ que não dependem administrativamente do Hospital e têm como vantagens uma maior competitividade e autonomia (Ribeiro, 2014).

A modalidade de CA pretende uma gradual mudança de paradigma relativamente à postura paternalista da medicina que imperou até há relativamente pouco tempo, dando origem a uma maior responsabilização do utente na medida em que se pretende o seu envolvimento em todo o processo de decisão, dando origem a uma progressiva melhoria da evolução dos critérios de qualidade em CA (Tavares, 2013).

1.1. UCA Viseu

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E, nomeadamente, a existente no hospital de São Teotónio na cidade de Viseu, nasceu a 17 de setembro de 2006, autorizada pela ordem de serviço nº 17, de 12 de setembro do mesmo ano, por deliberação do Conselho de Administração (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2012).

Nesta Unidade foram propostas até setembro de 2012, um total de 12.841 intervenções para ambulatório, das quais 2.304 intervenções não reuniam as condições cirúrgicas, anestésicas ou sociais para serem realizadas nesta modalidade (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2012).

A referida unidade tem uma capacidade física auferida para um período de funcionamento de 12 horas, isto é das 8 horas até às 20 horas do qual faz parte os intervalos para rotação de equipas, utentes, refeições e higienização dos espaços. Com uma taxa de crescimento de 60,97%, as especialidades utilizadoras desta unidade são vários, nomeadamente Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, Ortopedia, Urologia, Dermatologia, Ginecologia, Nefrologia e Oftalmologia (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2012).

1.1.1. Circuito do utente na UCA da Unidade de Viseu

A educação pré-operatória do utente, essencial para o sucesso do procedimento, passa por prestar a informação e apoio adequados o que envolve o suporte psicológico, treino de competências, informação sobre o desconforto que pode ocorrer no pós-operatório e a descrição do comportamento que se espera por parte do utente/acompanhante, uma vez que estas contribuem para uma diminuição da ansiedade e um aumento da confiança, maior entendimento do procedimento e das instruções pré e pós cirúrgicas, permitindo o esclarecimento de dúvidas e a avaliação das expectativas do utente relativamente à sua recuperação (Ribeiro, 2014).

Assim, a seleção dos utentes, em idade adulta, na unidade de Viseu, obedece a critérios cirúrgicos, clínicos e sociais. Os cirúrgicos referem-se à duração da intervenção inferior a 120 minutos com uma perda de sangue inferior a 500ml, possibilidade de ocorrerem complicações pós operatórias reduzida, sem necessidade de ajuda especializada e com garantia de controlo da dor no domicílio por via oral. Relativamente aos clínicos diz respeito a toda a história de existência ou não de doença aguda ou crónica controlada. Quanto aos

critérios sociais pesquisa-se a possibilidade do acompanhamento por adulto responsável, capaz de compreender instruções nas primeiras 24 horas, com acesso a telefone e a um centro de saúde e que seja capaz de voltar ao hospital dentro de um período de tempo não superior a 60 minutos (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2012).

Assim, a operacionalização dos critérios anteriores têm por base a completa avaliação e gestão dos pacientes de acordo com as melhores práticas PACT (*Preoperative, Assessment, Consultation and Treatment*) que incluem a história pré-operatória completa com exame físico realizado por médico/enfermeiro experientes, sendo que, as consultas e meios complementares de diagnóstico devem ser realizados no mesmo dia (Figueiredo 2013).

Deste modo, foram criados protocolos, pré e pós operatórios, para as cirurgias mais comuns de forma a diminuir a morbilidade e o risco de insucesso. O primeiro contacto do utente com a unidade é realizado na consulta pré-operatória. Esta tem como objetivos a otimização do estado clínico de forma a garantir a disponibilidade de informação necessária, melhorar a qualidade do consentimento informado e premiar a satisfação dos utentes aumentando a eficiência e eficácia do procedimento a realizar (Figueiredo, 2013). Depois, de todo o processo pré-operatório estar concluído e o utente estar apto para ser intervencionado, é agendado o dia da cirurgia sendo que o utente deve comparecer, na UCA à hora marcada. É realizado o acolhimento e todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia. Após a cirurgia, o utente passa ao recobro, até estarem reunidos os critérios de alta para o domicílio. Destes critérios fazem parte a garantia de estabilidade hemodinâmica, despiste de depressão respiratória, orientação no tempo e no espaço, capacidade para tolerar uma pequena refeição à base de líquidos capacidade em urinar, vestir-se e andar sem ajuda. E o despiste de sinais de hemorragia. Esta avaliação é realizada durante o recobro. Os critérios de alta para o domicílio é da responsabilidade do anestesista, do cirurgião e do enfermeiro, devendo ser assinada e datada pelos três de acordo com as recomendações para programas de cirurgia de ambulatório (PCA, 2005).

Das informações orais dá-se ênfase a possíveis reações normais a complicações que poderão surgir e quais as atitudes a tomar, assim como, a importância do repouso e da alimentação adequada, controlo da dor, cuidados a ter com o penso e de higiene pessoal, quais as limitações impostas pela cirurgia/anestesia, período de restrição, ingestão de álcool, possíveis complicações e desconforto, nível de atividade diária recomendada, efeitos secundários associados à medicação e formas de os reconhecer e ainda contactos de emergência disponíveis e, por fim, o tempo previsto para o retorno às atividades normais do dia-a-dia. Para além deste procedimento é entregue ao utente/acompanhante indicações

escritas sobre as informações fornecidas (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, AESOP, 2006).

Na alta, o utente só abandona a unidade devidamente acompanhado e com a garantia de que a vigilância pós-operatória do utente, no domicílio, vai ser assegurada. Nas 24h após a alta, é realizado, pelo enfermeiro, um contacto telefónico com o objetivo de avaliar complicações que possam ou tenham ocorrido, reforçar a informação se necessário, esclarecer dúvidas e promover a continuidade dos cuidados. Este contacto também permite evitar a sensação de abandono por parte dos utentes (PCA, 2005). Tal é fundamental para permitir uma maior satisfação do doente, sendo que a maioria prefere ser contactada brevemente após a sua alta e mais do que uma vez durante a primeira semana de recuperação. Muitos doentes temem tornar-se um fardo ao contactarem a unidade ou, então, que lhes seja pedido para regressarem a esta. Para além disto, alguns nem sempre seguem as informações escritas que lhes foram entregues. Daí a utilidade de existir um contacto realizado pela própria unidade, no dia a seguir à cirurgia e possivelmente num período mais tardio da recuperação (Tavares, 2014).

Em CA, devido à alta precoce, utente e acompanhante são responsabilizados pelos cuidados e, é nesse sentido que o papel do enfermeiro deve ser dirigido para a preparação dos dois, de forma a garantir o sucesso no pós-operatório para que o restabelecimento e reinserção na vida ativa ocorram o mais precocemente possível (Ribeiro 2014).

2. Satisfação dos utentes

Nas últimas décadas tem-se observado um interesse crescente na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e os utentes são elementos cada vez mais ativos nos debates sobre os cuidados de saúde, questionando-os, e também cooperando na garantia da qualidade dos mesmos. Os utentes possuem informação relevante que deve ser recolhida e gerida para que o processo produtivo seja mais estratégico e assim potenciar melhorias efetivas nos cuidados de saúde. A satisfação dos utentes com os serviços de saúde é considerada uma área prioritária na avaliação da qualidade dos cuidados e um indicador válido na avaliação da mesma (Costa, 2011).

A palavra “satisfeito” tem origem no termo latino “satisfectu” e significa, que um indivíduo satisfeito é realizado, contente e agradado. Por outro lado, o conceito de “satisfação do utente” é um termo subjetivo e difícil de definir, sendo que, numa perspetiva teórica, refere-se às diversas reações do utente face à sua experiência de cuidados de saúde (Guterres, 2009).

“Satisfação” é descrita por Gomes (2012) como uma avaliação cognitiva à estrutura, ao método e ao resultado dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, sendo que, os resultados individuais dos processos de formação específica e as influências de ordem pessoal e social determinam a avaliação positiva ou negativa realizada relativamente ao prestador.

Como reforço deste conceito de construção da satisfação, estão fatores como os estilos de vida, valores individuais e da sociedade envolvente, experiências vividas, perceção da qualidade e quantidade de informação fornecida, participação na tomada de decisão acerca do seu percurso terapêutico (Guterres, 2009).

Atualmente, a exigente mudança na dinâmica das organizações e administrações hospitalares do sector da saúde obriga ao reconhecimento e valorização do *feedback*, fornecido pelo utente, relativamente à sua satisfação da qualidade dos cuidados prestados e a dinâmica institucional. A qualidade dos cuidados de saúde é um sinal distintivo que tem que ser permanentemente medida, acompanhada e melhorada, sendo considerada como atributo transversal intra-hospitalar, pelo que deve acompanhar todo o processo do doente, desde os aspetos ligados ao acesso e acolhimento, ao processo de diagnóstico e implantação da respetiva terapêutica, como todas as questões relacionadas com o conforto, informação e relacionamento com utentes e familiares. Deste modo, a parametrização da satisfação como medida da qualidade dos serviços de saúde constitui uma resposta

emocional à avaliação que o utente faz de uma experiência assistencial (Marques 2010) (cf. Figura 3).

Figura 3 – Resultados em Saúde que potenciam a satisfação do utente



Fonte: Adaptado de Gomes (2012)

Portanto, satisfação é uma dimensão que pode ser medida através de perceções que mensuram a avaliação cognitiva e a reação emocional do paciente à estrutura, ao processo e/ou ao resultado dos cuidados (Gomes, 2012).

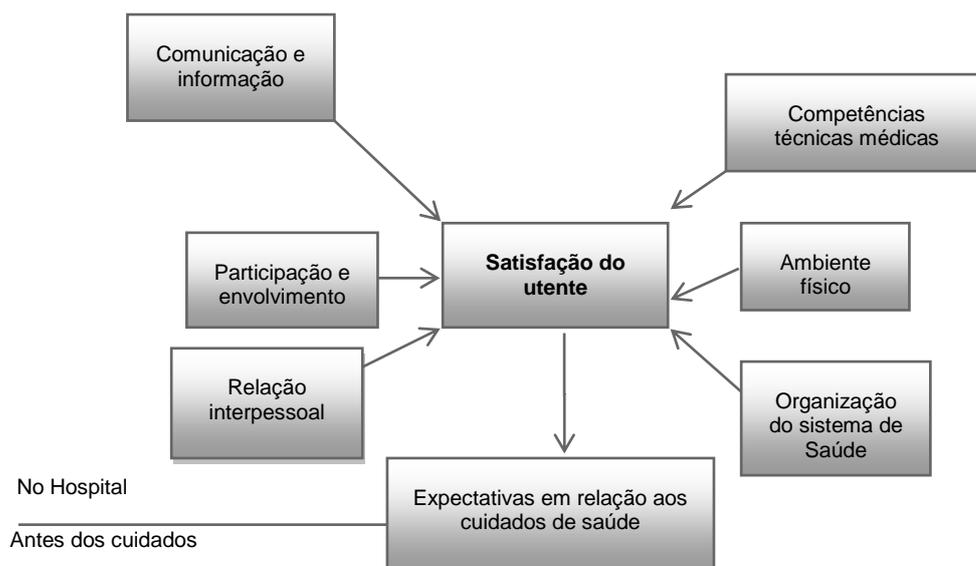
Da anterior exposição, ressalta a importância da criação de instrumentos, que permitam avaliar opiniões da qualidade oferecida, sabendo que, não existe nenhuma fórmula específica. No entanto, é consensual que satisfazer um utente é complexo, exige conhecimento das expectativas e obriga a saber ouvir, responder de forma educada e compreender os comportamentos para se alcançar metas de sucesso (Guterres, 2009).

As atividades efetuadas pelos diferentes profissionais de saúde, em equipas multidisciplinares, ao longo da cadeia da produção de uma unidade hospitalar, levam a que cada profissional influencie a parte em que intervém nesse processo, contribuindo para a qualidade e da satisfação do utente com esse serviço. Na interface da relação entre utentes e profissionais de saúde, contribuem para a satisfação aspetos como a confiança, a competência, a humildade, a agilidade, a pontualidade e a cordialidade. Assim, de forma a garantir a qualidade é necessário incorporar três conceitos como a missão da instituição, os serviços integrantes da instituição e a satisfação do utente, pois, é impossível satisfazer o utente se os serviços não forem adequados às suas necessidades e, se o atendimento deste, não estiver previsto na própria definição da missão da instituição (Gomes, 2012). No entanto, os utentes podem ter dificuldade em ajuizar sobre o desempenho dos profissionais devido à sofisticação técnica e à diferenciação dos vários cuidados.

Assim, o utente/família, para além de fatores intrínsecos como a idade, o género e o nível educacional, desenvolve expectativas relacionados com outros domínios, tais como o

ambiente físico, a comunicação, a informação, a sua participação e envolvimento, observação das relações interpessoais entre profissionais e utentes, competências técnicas dos profissionais, o que acaba por influenciar, antes e depois, a satisfação no processo da prestação dos cuidados (Gomes, 2012) (cf. Figura 4).

Figura 4 - Relação entre os domínios e a satisfação do utente

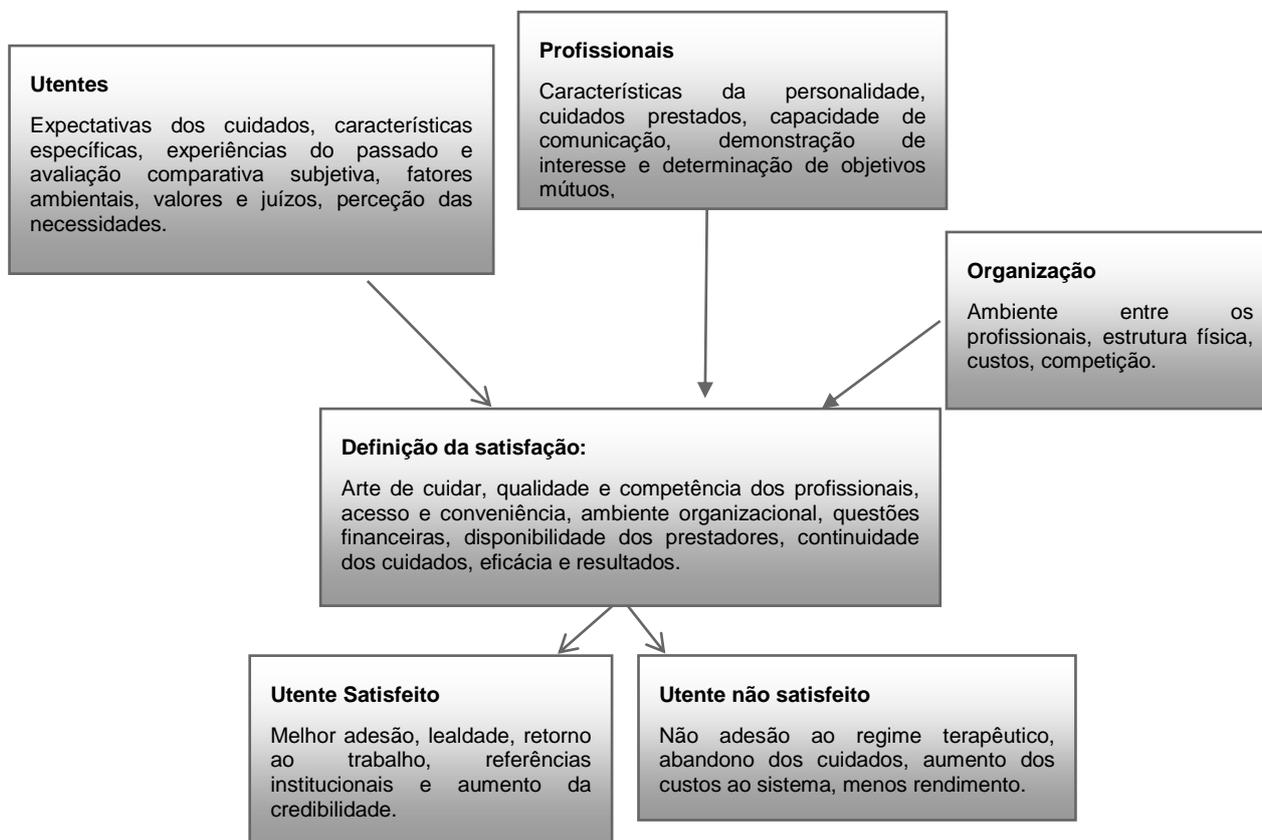


Fonte: Adaptado de Gomes (2012)

Ouvir a voz do utente não só passará a ser uma necessidade da qualidade que perseguimos, mas também um aperfeiçoamento da sua dignidade como cidadão e consumidor dos cuidados de saúde, pois para satisfazer é fundamental ir ao encontro das expectativas dos utentes. Nesta perspectiva, os estudos de satisfação que têm sido realizados debruçam-se com os cuidados de saúde em geral, isto é, sem os relacionar com nenhum tipo de doença, episódio, ou com o atendimento em contextos específicos de saúde/doença. Outros estudos, revelam que os utentes que recorrem aos serviços de saúde estão frequentemente descontentes com a quantidade e qualidade da informação que recebem dos profissionais de saúde e isso reflecte-se na sua satisfação, ou seja, parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes. Relativamente às instituições de serviços de saúde, a parametrização da satisfação dos seus utentes tem em conta variáveis como o acesso à instituição, onde se consideram as conveniências e a distância, as relações humanas, referentes ao respeito, à gentileza, à disponibilidade para o ouvir, as habilidades e competência dos profissionais, a quantidade de informação fornecida relativamente ao tratamento, o resultado dos tratamentos, e a

facilidade relativa a aspetos funcionais e estruturais dos serviços (Gomes, 2012) (cf. Figura 5).

Figura 5 - Relação entre os domínios e a satisfação do utente



Fonte: Adaptado de Gomes (2012)

Torna-se, então, relevante considerar a satisfação como um indicador na área da planificação dos cuidados com repercussões na sua avaliação. Importa ainda que um utente satisfeito torna-se mais aderente ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde o que leva a uma melhoria da sua qualidade de vida e reintegração nas habituais atividades de vida (Gonçalves, 2010).

Neste seguimento, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2009, criou um sistema que tem como objetivo a avaliação de forma objetiva e consistente da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, promovendo a tomada de decisões mais informadas, por parte dos utentes/familiares e melhorar de forma continuada os cuidados prestados. Esta entidade é regulamentada na alínea b), do, artigo 36º do Decreto-lei 127/2009, de 27 de maio. Este sistema foi designado por SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), que assenta em valores como o rigor da transparência e da objetividade dos serviços prestados nas instituições prestadoras de cuidados (ERS, 2015).

2.1. Satisfação face à Unidade de Cirurgia de Ambulatório

O êxito da UCA está diretamente dependente da utilização de um método multidisciplinar, onde os utentes/famílias tenham um papel central. Deste método faz parte a avaliação da eficácia na comunicação, a utilidade da informação fornecida, a qualidade/prontidão do atendimento/assistência da equipa multidisciplinar e o funcionamento da UCA relativamente ao espaço físico, acessibilidade e fiabilidade (Tavares, 2013). De acordo com esta ideia o SINAS define os indicadores de Cirurgia Ambulatória e as dimensões avaliadas (ERS, 2015) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores da Cirurgia do Ambulatório e Dimensões avaliadas

Indicadores Cirurgia Ambulatório	Dimensões avaliadas
Seleção para profilaxia das náuseas e vômitos	Excelência clínica
Seleção da profilaxia das náuseas e vômitos	Segurança do utente
Avaliação da dor no pós-operatório	Adequação e conforto das Instalações
Cedência de medicação analgésica na alta	Focalização no utente
Ensino na alta	Satisfação do utente
Cedência de contacto telefónico	
Avaliação 24 H pós-alta	

Fonte: SINAS, Sistema Nacional de Avaliação em Saúde., <https://www.ers.pt/pages/232>

2.1.1. Determinantes e dimensões da satisfação

A determinação dos fatores que influenciam a satisfação dos utentes da UCA não é consensual, dada a sua natureza multidimensional e o carácter subjetivo da satisfação e dos determinantes que lhe estão associados. Assim, torna-se importante identificar quais os principais determinantes da satisfação para compreender a origem da satisfação ou insatisfação (Machado, 2012).

Várias são as nomenclaturas das dimensões da satisfação que têm sido propostas ao longo dos tempos. Cleary e McNeil (1988, cit. por Gonçalves, 2010) realçaram oito determinantes da satisfação dos utentes, que são: as características sociodemográficas tais como a idade, estado civil, raça, género, educação, ocupação, classe social, dimensão do agregado familiar e rendimento, o estado físico e psicológico do utente, pois podem condicionar a perceção que o utente tem dos cuidados e até influenciar os resultados dos

mesmos, a estrutura do serviço que engloba as condições físicas e a orgânica funcional, a acessibilidade e continuidade dos cuidados tais como o tempo de espera e facilidades do atendimento, o processo especificamente a competência técnica e qualificação dos profissionais de saúde, aspetos interpessoais, sendo o mais estudado a comunicação médico-utente, uma vez que a satisfação dos utentes espelha a sua perceção da preocupação e sensibilidade dos médicos para com as suas necessidades, os resultados nomeadamente se existe melhoria do estado de saúde e as atitudes com as expectativas sobre os cuidados de saúde, na medida vem que os utentes idealizam a satisfação das suas necessidades.

Por sua vez, Weiss (1988) citado por Machado (2012) agrupa as determinantes da satisfação em quatro classes: características dos utentes (características sociodemográficas, expectativas sobre a consulta e estado de saúde), características dos profissionais que prestam o atendimento (traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidar”), aspetos da relação entre médico e utente e fatores estruturais e ambientais (acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, entre outros). A qualidade na assistência, o envolvimento do utente, a promoção do elo de ligação e a formalização da informação dos recursos e da transmissão da informação são fatores fundamentais no que se refere à satisfação com os cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2003, cit. por Gonçalves, 2010).

Florentim (2006, cit. por Gonçalves, 2010) reconheceu quatro dimensões: os recursos humanos, a higiene do serviço, a simpatia do pessoal e os resultados práticos da consulta.

Para além das determinantes anteriormente enumeradas, também existem algumas dimensões que podem influenciar a avaliação que os utentes fazem da sua satisfação como a disponibilidade, aspetos financeiros e qualidade dos serviços, aspetos interpessoais de cuidados, aspetos técnicos e satisfação com os resultados (Machado, 2012).

Por sua vez, Santos (2009) refere que a classificação de Ware et al. é mais reconhecida e aceite na literatura. Nesta classificação, existem oito dimensões: os aspetos interpessoais (respeito, preocupação, amizade, cortesia), a qualidade técnica do cuidado (competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento), a acessibilidade/conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso), os aspetos financeiros, eficácia/resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde), continuidade dos cuidados, ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável) e disponibilidade (quantidade suficiente de prestadores de cuidados). Conhecer

estas dimensões e a sua influência na satisfação, é possível avaliar a satisfação dos utentes através das mesmas.

Cuidados pré-cirúrgicos

Por vezes, a hospitalização pode provocar um misto de sentimentos, dos quais podem emergir sentimentos negativos de insatisfação e ansiedade. Isto porque o utente encontra-se fora da sua zona de conforto devido a uma situação debilitante que o impede de realizar as suas atividades de vida diária, em que se encontra longe dos seus familiares e num ambiente com regras e rotinas diferentes daquelas a que estavam habituados (Costa, 2011).

Antes do utente entrar no bloco operatório de uma unidade de CA é realizada uma preparação adequada com objetivo de alcançar o sucesso de todo o procedimento. Esta preparação passa por verificar a disposição e a disponibilidade, do utente, para a realização da cirurgia, conceder a informação/apoio adequados (Tavares, 2013).

Neste sentido, é na educação pré-operatória onde se fornece o reforço psicológico com treino das competências, informação sobre o desconforto que pode ocorrer no pós-operatório e a possível descrição do comportamento que se espera do utente/família, assim como, é realizada a avaliação pré-operatória dos doentes e fornecida informação, escrita e verbal, sobre o procedimento que irá realizar, criando, inclusive, uma oportunidade para avaliar os doentes em risco (Tavares, 2013). Estes cuidados de pré-admissão demonstraram ser bastante úteis quer para o doente, quer para a própria unidade de CA. São orientados por telefonemas para marcação de uma consulta dias antes da cirurgia, sendo os responsáveis pela diminuição da ansiedade, contribuindo para o aumento da confiança e da compreensão da cirurgia (Tavares, 2013).

A importância dada ao estado geral de saúde do utente face à sua rápida recuperação no pós-operatório, adicionando, o facto de a convalescença ocorrer no domicílio, contribuem para que a prestação de informação e o esclarecimento de dúvidas, seja um verdadeiro desafio. Assim, esta informação deve ser clara e consistente e ter uma linguagem acessível. Acrescenta-se que a anestesia é motivo de ansiedade, pelo que devemos ter em conta este fator no plano informativo (Gonçalves, 2010).

O utente deve mostrar interesse e vontade em realizar a cirurgia, pelo que, a presença de um cuidador adulto e responsável, nas primeiras 24 horas, no domicílio, deve estar assegurada. O utente e o seu cuidador devem ter acesso a um telefone e possuírem as condições habitacionais conciliáveis com o cuidado pós-operatório desejado (Gonçalves, 2010).

Condições Individuais

A satisfação do doente é inseparável das particulares do indivíduo. A idade é reconhecida na satisfação do utente, sendo que, tendencialmente, os mais velhos mostram-se mais satisfeitos com o cuidado recebido, com a informação prestada, com a simpatia dos profissionais de saúde e com o tempo de espera (Tavares, 2013).

Quanto ao nível de educação existe a tendência para uma maior satisfação nos doentes com nível académico inferior, podendo estar relacionado com um menor grau de exigência. Relativamente ao sexo não se demonstra uma diferença (Tavares, 2013).

A distância entre a residência do doente e a unidade de CA deve ser considerada, deforma a verificar a exequibilidade de um transporte confortável e seguro. Preferencialmente o transporte deverá ser um carro (Correia, 2010).

Na opinião do mesmo autor, a situação social poderá ter um peso superior ao da distância propriamente dita, pelo que deverá ser avaliada. A existência de um bom apoio comunitário, uma boa comunicação com o centro de saúde e a garantia de um fornecimento informativo suficientes ao utente/família podem tornar a distância percorrida como não impeditiva.

Após a admissão

O tempo de espera em qualquer tipo de unidade de serviços de saúde relaciona-se com a satisfação do utente, nomeadamente, superiores a 15 minutos influenciam negativamente até 94%, pelo que é necessário dar uma justificação sobre as razões que podem estar a causar os atrasos (Correia, 2010). No entanto, o utente deverá saber que a sua chegada, com alguma antecedência, vai permitir à equipa completar a sua preparação e determinar a segurança do procedimento cirúrgico (Correia, 2010). Contudo, enquanto o utente aguarda a ansiedade e a agitação aumenta, daí que, aspetos relacionados com o ambiente da unidade devem ser tidos em conta, tais como a apresentação de uma área com cores tranquilizantes, temperatura confortável, música ambiente e presença de uma zona com revistas, jogos de tabuleiro e televisores para entretenimento (Correia, 2010).

Atitude dos profissionais de saúde

A satisfação/qualidade é percebida de acordo com as respostas dos profissionais de saúde relativamente às necessidades sentidas. Assim sendo, ao serem recebidos por alguém que os oriente com respeito, cordialidade e educação, que lhes explique claramente as regras da unidade e descreva o que vai acontecer, se sintam mais satisfeitos com o

serviço prestado (Gomes, 2012). A atitude e humanidade dos enfermeiros, médicos, cirurgiões e assistentes operacionais, aliados à preocupação, disponibilidade, sensibilidade e apoio são importantes indicadores da satisfação do doente assim como um sentimento genuíno, é crucial para o estabelecimento de uma relação baseada na confiança (Gomes 2012). O utente deve sentir que tem a oportunidade de exprimir os seus receios/sentimentos (Correia, 2010). É também relevante, providenciar aos acompanhantes, as informações sobre o tempo que terão de aguardar e o estado em que encontra o ente querido (Tavares, 2013).

São importantes comportamentos com o utente para aumentar a sensação de segurança, tais como o toque, o contato visual e a proximidade enquanto se fala, sem tecnicismos (Tavares, 2013). Assim, com a finalidade de promover a satisfação dos utentes, o saber científico é importante, mas não um fator determinante. Atender o utente numa abordagem bio-psico-social, estabelecer uma relação de confiança, uma relação pessoal, a qualidade de comunicação e suporte social, o sistema de trabalho eficaz, a gestão de tempo e o ambiente apropriado, constituem fatores importantes para a satisfação dos utentes (Tavares, 2013). Segundo Pascoe (1988, p.186), satisfação é “uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores”. Ainda quanto ao grau de satisfação dos utentes, relativamente aos sistemas de saúde, Tavares (2013) refere que os utentes pretendem um médico que conheçam bem e que também os conheça, com quem mantenham uma intensa e duradoura relação pessoal e em quem confiem. Necessitam de acreditar nas capacidades técnicas do clínico, mas também, na sua competência relacional, ou seja, que consigam comunicar com ele. Tavares (2013, p. 61) refere algumas competências relacionais que os utentes valorizam: “A preocupação que o médico demonstra pelo doente, a disponibilidade do médico para dialogar com o doente e família, o tempo gasto pelo médico com o doente, a resposta às necessidades emocionais do doente e família, a disponibilidade e afabilidade do pessoal administrativo”.

Silva et al. (2007), no seu “Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital Espírito Santo”, conclui, relativamente aos cuidados no Serviço de Urgência, que, embora globalmente o índice de satisfação dos utentes seja positivo, os aspetos mais positivamente valorizados foram os relacionados com os aspetos gerais, nomeadamente a imagem e a qualidade dos cuidados e os aspetos relativos ao pessoal, especialmente, no que se refere ao seu desempenho tanto a nível clínico, como a nível relacional, particularmente, a disponibilidade, cortesia e simpatia. Apresentam índices de satisfação negativos e fracamente positivos, o esclarecimento sobre o sistema de triagem e a escassez e o pouco rigor nas informações fornecidas, respetivamente. Neste âmbito, a satisfação dos doentes

exige melhorias na qualidade dos serviços de saúde que são, habitualmente, difíceis de concretizar pois requerem mudanças fundamentais nas formas de pensar e de agir. Requerem mudanças de comportamentos, de hábitos e de práticas estabelecidas por parte de todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e auxiliares) que são apenas conseguidas com tempo, persistência e envolvimento de elementos da gestão.

Como refere Neves (2002, p. 163), “as estruturas de gestão e os métodos de participação devem inserir-se no modelo global de funcionamento desejável. Os cidadãos exigem serviços acessíveis, justos e equitativos, com qualidade, uma administração eficaz na resolução de problemas e eficiente no uso de recursos públicos. Este ponto de partida e de chegada não pode ser esquecido pelo caminho”. Aos enfermeiros, em particular, é exigido que, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, reconheçam a importância de conhecer a satisfação do doente assim com os fatores que influenciam o seu nível de satisfação, de modo a que estabeleçam uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado e, conseqüentemente, favoreçam uma avaliação positiva por parte do doente, relativamente ao cuidado recebido. Pisco (2001) considera que os cidadãos melhor informados são mais exigentes na defesa dos seus direitos e, em virtude disso, mais capazes de porem em causa a tradicionalmente inquestionável autoridade dos profissionais.

Alta e follow-up

Para que o utente tenha uma recuperação com sucesso são necessárias estratégias de cuidados, que incluem a que é prestada no domicílio pelo acompanhante e também o seguimento por parte da unidade. Só assim se assegura a qualidade do serviço e a satisfação do doente (Gomes, 2008). O sucesso de todo o processo de alta deve incluir a existência de protocolos de instruções escritas para apoio do utente em paralelo com a informação verbal, com posterior contato telefónico de *follow-up* nas primeiras 24 horas (Ordem Enfermeiros, 2010).

Os critérios que mais consensualmente são utilizados para dar alta a um utente incluem a estabilização dos sinais vitais, controlo adequado da dor com o fornecimento de analgesia oral e de instruções sobre a sua utilização, capacidade de deambulação, presença mínima de náuseas, vômitos ou tonturas, capacidade de ingerir pequena refeição, presença vestigial ou ausência de hemorragia ou drenagem da ferida cirúrgica, manutenção da diurese, conhecimento da data da consulta de follow-up e a provisão de um contato de emergência. No entanto, a alta dada prematuramente pode levar, mais tarde, à readmissão e deve ser vista como uma falha dos cuidados de saúde (CNADCA, 2008).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que abarcam os métodos onde constam as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

1.1. Métodos

A cirurgia de ambulatório consiste numa área em progressiva expansão e desenvolvimento que impulsiona grandes desafios no que concerne à avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Tavares, 2013). Entre estes, e de acordo com a referida autora, a satisfação do doente é presumivelmente o desafio mais complexo, na medida em que depende da perceção de uma pessoa inserida num meio sociocultural dinâmico e que é portadora de crenças, receios e características únicas, convertendo a sua inclusão em parâmetros de avaliação objetivos e mensuráveis, sendo esta, como tal, uma tarefa extremamente difícil. Ainda na perspetiva da autora citada, são escassos os estudos acerca da mensuração da satisfação dos doentes cirúrgicos. Em Portugal, apenas 43,3% dos hospitais usam o grau de satisfação para avaliar a opinião dos doentes em relação ao Sistema Nacional de Saúde e à cirurgia de ambulatório (Lemos, 2011). Como tal, ganha relevância a realização da presente investigação.

Delineado o tema em estudo, levantam-se as questões de investigação:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral) influenciam na satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central?
- Existe efeito significativo das variáveis circunstanciais (meio de deslocação, distância ao hospital e distância ao centro de saúde) na satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central?
- Existe efeito significativo das variáveis sociofamiliares (agregado familiar, rendimento mensal do agregado familiar e apoio social) na satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central?

Neste contexto, para este estudo definiram-se como objetivos:

- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam a qualidade percebida dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central;

- Verificar se existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais na qualidade percebida dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central;

- Verificar a existência de efeitos significativos das variáveis sociofamiliares (MOS-SSS) na qualidade percebida (SERVQUAL) utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central.

O estudo desenvolvido segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação. Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental; É um estudo transversal, descritivo, analítico e correlacional uma vez que se pretende, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, analisar e explicar a relação entre as mesmas.

A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo é projetada num modelo de representação esquemática (cf. figura 6)

Figura 6 – Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis



1.2. Participantes

Para o estudo, optou-se por uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência pela impossibilidade de inclusão de todos os utentes da UCA, sendo constituída por indivíduos de ambos os sexos. O total da amostra foi de 140 utentes, que aceitaram integrar a investigação e que responderam ao Questionário.

1.2.1. Caracterização da amostra

As estatísticas relativas à idade revelam que os utentes apresentam uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 94 anos, ao que corresponde uma idade média de 58,01 anos com um desvio padrão de 19,26 anos. Para o sexo masculino, que representa 60,7% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 19 anos, enquanto para o feminino, com uma representatividade de 39,3%, é de 22 anos, sendo a máxima de 94 e 77 anos respetivamente. Os homens são em média mais velhos (Média=64,52 anos) que as mulheres (Média=47,95 anos) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t= 1.378$; $p= 0.109$). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas planticurticas (total) e enviesadas à direita (masculino) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Género	Idade	N	Min	Max	Média	D.P.	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino		85	19	94	64,52	18,77	-3,624	0,421	0,000
Feminino		55	22	77	47,95	15,39	0,357	-1,473	0,200
Total		140	19	94	58,01	19,26	-1,653	-2,145	

No que se refere aos homens, a maioria dos elementos deste género são idosos (58,8%), têm companheiro (55,3%) e possuem o ensino básico (72,9%). De salientar ainda que não estão no ativo profissionalmente (71,8%), coabitam com outros (62,4%) e possuem um rendimento do agregado familiar mensal superior a 1000€ (81,2%). Já para as mulheres, são adultas (81,8%), sem companheiro (58,2%) e também possuem maioritariamente o ensino básico (58,2%). Também é de salientar que estão no ativo em termos profissionais (50,9%), coabitam com outros (60,0%), com um rendimento do agregado familiar mensal

superior a 1000€ (72,7%). Pelos valores de Qui-Quadrado (X^2), salientamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) e bastante significativas ($p < 0,01$) entre o género e o grupo etário, habilitações literárias e situação laboral (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de contexto sociofamiliar da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Masculino			Feminino			Total		Qui Quadrado (X^2)
		Nº (85)	% (60,7)	Resid.	Nº (55)	% (39,3)	Resid.	Nº (140)	% (100,0)	
Grupo etário	Adultos	35	41,2	-1,9	45	81,8	2,4	80	57,1	0,000
	Idosos	50	58,8	2,2	10	18,2	-2,8	60	42,9	
Estado civil	Sem companheiro	38	44,7	-0,7	32	58,2	0,9	70	50,0	0,119
	Com companheiro	47	55,3	0,7	23	41,8	-0,9	70	50,0	
Habilitações literárias	Ensino básico	62	72,9	0,7	32	58,2	-0,8	94	67,1	0,000
	Ensino secundário	22	25,9	0,4	11	20,0	-0,5	33	23,6	
	Ensino superior	1	1,2	-2,5	12	21,8	3,1	13	9,3	
Situação laboral	Ativo	24	28,2	-1,3	28	50,9	1,7	52	37,1	0,007
	Não ativo	61	71,8	1,0	27	49,1	-1,3	88	62,9	
Agregado familiar	Sozinho	32	37,6	-0,1	22	40,0	0,2	54	38,6	0,780
	Outros	53	62,4	0,1	33	60,0	-0,1	86	61,4	
Rendimento	Até 1000 euros	16	18,8	-0,7	15	27,3	0,8	31	22,1	0,240
	>= 1000 euros	69	81,2	0,3	40	72,7	-0,4	109	77,9	

1.3. Instrumento de colheita de dados

Na seleção do instrumento de recolha de dados teve-se em consideração os objetivos do estudo e as características da amostra. Optou-se por um Questionário e uma escala. A ordem pela qual se apresentam obedece à seguinte disposição: a primeira parte comporta o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, a segunda as variáveis sociofamiliares, onde se incluiu o Questionário (*Medical Outcomes Study Social Support Survey*) MOS-SSS, a terceira parte contém questões relativas ao funcionamento da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a quarta para contém o Questionário *Service Quality* (SERVQUAL) (cf. Anexo I).

Parte I - Caracterização sociodemográfica

Esta secção é composta por um conjunto de 11 questões, a partir das quais recolhemos informação acerca de: idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, rendimento familiar mensal, meio de deslocação, distância ao hospital e distância ao centro de saúde.

Parte II - Caracterização sociofamiliar

Esta secção do questionário é constituída por 1 questão relativa ao agregado familiar e 1 questão que se refere ao rendimento mensal do agregado familiar. Contém também o Questionário MOS-SSS, traduzido e adaptado à cultura portuguesa por Fachado, Martinez, Villalva e Pereira (2007). O mesmo é constituído por 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. Para avaliar a rede social (apoio estrutural) é efetuada uma primeira questão que é definida no item 1 com a pergunta: quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? A avaliação do apoio funcional deste questionário define quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva. Para esta análise existem 19 itens que são avaliados numa escala de Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre).

A consistência interna, realizada por Fachado et al. (2007), foi avaliada com o alpha de Cronbach, que varia entre 0,873 e 0,967 no teste e 0,862 e 0,972 no reteste. A análise fatorial exploratória revelou a existência de quatro fatores (apoio emocional, material, afetivo e interação social positiva) que explicam o 72,71% da variância. A análise fatorial confirmatória permitiu concluir a existência destes quatro fatores que possibilitam a aplicação da escala com os itens do questionário original (Fachado et al., 2007). Os índices de ajustamento são satisfatórios e verificam a estrutura inicial, apresentando valores de $\chi^2/df = 2,01$; GFI = 0,998; CFI = 0,999; AGFI = 0,998; TLI = 0,999; NFI = 0,998; SRMR = 0,332; RMSEA = 0,76. A confiabilidade teste-reteste às duas semanas da versão portuguesa do MOS-SSS foi estimada pelo coeficiente de correlação intra-classe que variou entre 0,941 e 0,966 para as quatro dimensões do questionário e para o índice de apoio total. Os índices kappa ponderados variaram entre 0,67 e 0,87 para todos os itens. A versão portuguesa do MOS-SSS demonstrou boas características psicométricas e parece ser útil para avaliar as características multidimensionais do apoio social em população portuguesa (Fachado et al., 2007).

Características psicométricas para o presente estudo do *Medical Outcomes Study Social Support Survey - MOSS-SSS*

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao nosso estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada uma das dimensões e para MOSS-SSS global. Na Tabela 4 estão esquematizados os respectivos Alphas de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões e global após a devida correção. Assim, constatamos que, pela análise das correlações da respectiva dimensão com as restantes, estas oscilam nas associações positivas muito fortes (0,933) e (0,984) ou mesmo perfeitas (1,000 para a exclusão da MOS-SSS global. Estes valores são bons, porque nos indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o apoio global. Já pela análise dos alphas de cronbach, os valores obtidos são satisfatórios (todos superiores a 0,742), o que nos indica que mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,742; o que significa que o apoio global não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,845) é considerado bom.

Tabela 4 - Alpha de Cronbach para as dimensões da Escala MOS-SSS

DIMENSÕES DA MOS-SSS	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Interação social	126,81	0,972	0,809
Apoio emocional	111,67	0,984	0,742
Apoio afetivo	130,56	0,953	0,833
Apoio material	127,11	0,933	0,813
MOSS-SSS global	70,11	1.000	0.937
Alpha geral			0.845

Parte III - Funcionamento da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Nesta secção constam duas questões, sendo uma relativa ao motivo de acesso (cirurgia proposta) e outra referente ao tempo que os participantes se encontravam à espera da realização da cirurgia.

Parte IV – Escala *Service Quality* - SERVQUAL

A Escala SERVQUAL é o nome do instrumento de mensuração da Qualidade Percebida criado por três pesquisadores norte-americanos de *marketing*, Parasuraman, Zeithaml e Berry, em 1988. Essa escala resultou da continuidade que deram à sua pesquisa acerca dos cinco tipos de gaps que afetam o nível de qualidade em serviços entregue ao consumidor final. Para estes pesquisadores, a qualidade em serviços pode ser afetada por cinco tipos de discrepâncias (lacunas ou gaps), a saber: o primeiro gap trata da discrepância entre as expectativas do consumidor e a percepção das expectativas por parte dos gerentes; o segundo gap refere-se à lacuna existente entre a percepção dos gerentes sobre as expectativas dos usuários e os padrões de qualidade da empresa; o gap 3 origina-se na lacuna entre as normas de qualidade e o serviço efetivamente entregue ao usuário e o gap 4 é a diferença entre o serviço prometido e o serviço prestado. Enquanto o quarto gap trata da comunicação com o mercado ao projetar o nível de qualidade do serviço a ser prestado, o quinto gap corresponde à qualidade percebida do serviço; ou seja, é a discrepância entre o serviço prestado e o serviço recebido. Contrariamente à abordagem transcendental da qualidade (Paladini, 1990) que afirma não poder a mesma ser definida, o conceito de qualidade percebida implica necessariamente na possibilidade de uma análise quantificável tendo como base as dimensões da qualidade mais valiosas para os usuários.

O estudo de Parasuraman, Zeithaml e Berry condensou em cinco dimensões os principais aspectos e valores com base nos quais os usuários avaliam o produto ou serviço que recebem. Em ordem decrescente de importância para os clientes, são estas: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e aspectos tangíveis (Kumar, Kee & Charles, 2010).

De acordo com Oliveira e Ferreira (2009), independentemente do tipo de serviço, os consumidores utilizam os mesmos critérios para avaliar a sua qualidade: confiabilidade, tangibilidade, responsabilidade, segurança e empatia. Cada dimensão poderá ser considerada mais ou menos importante dependendo do tipo de serviço avaliado. Essa realidade mostra como é difícil mensurar as operações de serviço em razão de sua intangibilidade. Acerca das dimensões que dão forma à Escala SERVQUAL (Oliveira & Ferreira, 2009), a confiabilidade trata-se da execução do serviço de forma correta e como prometido; a responsabilidade é a dimensão que avalia a receptividade da empresa e de seus funcionários e a segurança refere-se à competência dos funcionários e precisão de suas ações. A empatia mede a capacidade dos funcionários se colocarem no lugar do cliente vivenciando os seus sentimentos e necessidades. Finalmente, a tangibilidade refere-se às instalações físicas e a todos os outros aspectos físicos como equipamentos, pessoas e

material de comunicação. A partir de cada uma dessas dimensões a escala SERVQUAL mede o gap, isto é, a lacuna entre o nível desejado e o real da qualidade de um determinado serviço. Basicamente é perguntado ao cliente como ele imagina a empresa ideal num dado ramo de atividade; em seguida é perguntado como ele avalia o desempenho real daquela empresa e, em seguida faz-se a comparação entre a empresa ideal e a real. Para isso a escala SERVQUAL compõe-se de 22 itens para medir o nível desejado e 22 itens para medir o nível real mensurando as cinco dimensões de qualidade nos serviços. Essas questões são respondidas utilizando-se uma escala Likert de 1 a 7. Nela os extremos são marcados como concordo totalmente (excelente) e discordo totalmente (mediocre).

Características psicométricas para o presente estudo do SERVQUAL

SERVQUAL - A (Qualidade esperada)

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao nosso estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada uma das dimensões e para o global do SERVQUAL. Na Tabela 5 encontram-se os respectivos Alphas de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões e global após a devida correção. Assim, constatamos que pela análise das correlações da respectiva dimensão com as restantes, estas oscilam nas associações positivas moderadas (0,523) e associações positivas fortes (0,833) ou mesmo perfeitas (1,000 para a exclusão da SERVQUAL-A global. Estes valores são bons, porque nos indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para a qualidade global. Já pela análise dos alphas de cronbach, os valores obtidos são bastante satisfatórios (todos superiores a 0,863), o que nos indica que mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,863; o que significa que a qualidade global não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,898) é considerado bom.

Tabela 5 – Alpha de Cronbach para as dimensões do SERVQUAL-A

DIMENSÕES DA SERVQUAL-A	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Aspetos físicos	461,56	0,523	0,907
Cortesia / Empatia	468,15	0,606	0,902
Compreensão do utente	464,33	0,688	0,886
Fiabilidade	463,34	0,833	0,863
Acessibilidade	464,68	0,785	0,870
SERVQUAL-A global	464,41	1.000	0.847
Alpha geral			0.898

SERVQUAL-B (Qualidade percebida)

Na Tabela 6 encontram-se representados os Alphas de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões do SERVQUAL – B – qualidade percebida, após a devida correção. Pela análise das correlações da respetiva dimensão com as restantes, estas oscilam nas associações positivas moderadas (0,483) e associações positivas fortes (0,840) ou mesmo perfeitas (1,000 para a exclusão da SERVQUAL-B global. Estes valores são bons, pois indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para a qualidade global. Já pela análise dos alphas de cronbach, os valores obtidos são bastante satisfatórios (todos superiores a 0,888), o que nos indica que mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,888; o que significa que a qualidade global não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,915) é considerado excelente.

Tabela 6 – Alpha de Cronbach para as dimensões do SERVQUAL-B

DIMENSÕES DA SERVQUAL-B	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Aspetos físicos	448,11	0,483	0,933
Cortesia / Empatia	457,11	0,727	0,908
Compreensão do utente	455,52	0,764	0,900
Fiabilidade	454,33	0,840	0,888
Acessibilidade	454,95	0,815	0,892
SERVQUAL-B global	454,01	1.000	0.873
Alpha geral			0.915

1.4. Procedimentos formais e éticos

Durante o processo de investigação, procurou respeitar-se os princípios éticos, pelo que, num primeiro momento, se solicitou a autorização formal ao autor do instrumento de recolha de dados para a sua utilização. Uma vez concedida, endereçou-se um pedido de Parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtida a autorização dos autores e o Parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo II), contactou-se a Direção do Hospital a quem lhes foi dado a conhecer os objetivos do estudo, as razões científicas inerentes ao mesmo e as implicações práticas que daí poderiam advir, tendo subjacente o pedido de autorização para a aplicação dos questionários no Hospital, o qual foi concedido (cf. Anexo III). Os dados foram recolhidos entre o período de janeiro a junho de 2015, entregando-se os questionários na alta e os utentes devolviam-nos quando iam à consulta.

Foi também garantido o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que foi assegurado a todos os participantes que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não podia ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador, pois os questionários foram codificados, seguindo uma numeração atribuída pelo investigador para o tratamento estatístico dos dados.

1.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medianas medidas dispersão ou variabilidade como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de forma como as medidas de assimetria e curtose e medidas de relação como a correlação de Pearson.

No que se refere ao coeficiente de variação, este é uma medida de dispersão relativa utilizada para estimar a precisão de experimentos e representa o desvio padrão expresso como percentagem da média, devendo os resultados serem interpretados, como sugerem Pestana & Gageiro (2014), da seguinte maneira (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que se refere às análises bivariadas com variáveis nominais, aplicamos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados). Segundo Pestana & Gageiro (2014), o uso dos resíduos ajustados na forma estandardizada torna-se mais potente que o teste de qui quadrado, na medida que informam acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis. A interpretação dos resíduos ajustados precisa de um número mínimo de oito elementos quer no total da linha, quer na coluna.

Quanto ao coeficiente de correlação ρ de Spearman, mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Usa, em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição,

nem à presença de *outliers*, não exigindo, portanto, que os dados provenham de duas populações normais. Aplica-se igualmente em variáveis intervalares/rácio como alternativa ao R de Pearson, quando neste último se viola a normalidade. Nos casos em que os dados não formam uma nuvem “bem comportada”, com alguns pontos muito afastados dos restantes, ou em que parece existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, o coeficiente ρ de Spearman é mais apropriado. (Coutinho, 2014).

Na estatística inferencial, usaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o teste de U-Mann Whitney (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Recorremos igualmente ao teste de Kruskal Wallis - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Como complemento dado que estamos a testar a igualdade de mais de duas médias, recorre-se aos testes post-hoc para determinar as que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014). O teste post-hoc utilizado foi o teste de Tukey que permite testar qualquer contraste que se baseia na diferença mínima significativa, ou seja, a menor diferença de médias de amostras que deve ser tomada como estatisticamente significativa, em determinado nível.

Utilizou-se também o Teste de qui quadrado (χ^2) que é um teste de proporções que compara as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir se diferem relativamente a uma determinada característica.

Na análise estatística 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 $p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Para a apresentação dos resultados recorreu-se a Tabelas, onde constam os dados mais relevantes, tendo-se omitido nas mesmas o local, a data e a fonte, pois todos os dados são referentes aos participantes do presente estudo. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

O tratamento estatístico foi processado através dos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21 de 2012 para Windows.

De seguida apresentam-se os resultados, tendo em conta a estatística descritiva e inferencial.

2. Resultados

A finalidade deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos no trabalho de campo realizado. Assim, o processo de análise dos dados está estruturado de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e subseqüentes objetivos, pelo que se consideraram dois subcapítulos. No primeiro far-se-á a análise descritiva onde se descrevem os aspetos gerais da amostra relacionados com as diferentes variáveis em estudo; no segundo far-se-á a análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

A análise descritiva está estruturada de forma a ir ao encontro das variáveis consideradas fulcrais no presente estudo. Assim, começa-se por apresentar os resultados relativos às variáveis circunstanciais, seguindo-se as variáveis contextuais da UCA.

Variáveis circunstanciais

Em relação às variáveis de contextuais da UCA, verifica-se que 39.3% dos participantes distam do domicílio ao Hospital 15 Km ou mais. No grupo de participantes do sexo masculino, a maioria desloca-se em meio próprio (57,6%) para o hospital, distando do mesmo menos de 9 km (42,4%) e do centro de saúde menos de 3 km (43,5%). No que se refere às mulheres, na sua maioria, também se deslocam ao hospital em meio próprio (58,2%), distando do mesmo mais de 15 km (40,0%) e do centro de saúde de 4 a 8 km (54,5%). Pelos valores de Qui-Quadrado (X^2), salientamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) e altamente significativas ($p < 0,001$) entre o género e as distâncias do hospital e do centro de saúde respetivamente (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Dados relativos às variáveis contextuais da UCA em função do gênero

Variáveis	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Total		Qui Quadrado (X ²)
	Nº (85)	% (60.7)	Resid.	Nº (55)	% (39.3)	Resid.	Nº (140)	% (100.0)	
Distância do hospital									
<= 9 km	36	42,4	1,3	12	21,8	-1,6	48	34,3	0,012
10 – 14 km	16	18,8	-1,4	21	38,2	1,7	37	26,4	
>= 15 km	33	38,8	-0,1	22	40,0	0,1	55	39,3	
Meio de deslocação									
Próprio	49	57,6	0	32	58,2	0	81	57,9	0,950
Outro	36	42,4	0	23	41,8	0	59	42,1	
Distância ao Centro de Saúde									
<= 3 km	37	43,5	1,9	8	14,5	-2,3	45	32,1	0,000
4 – 8 km	22	25,9	-1,7	30	54,5	2,1	52	37,1	
>= 9 km	26	30,6	0	17	30,9	0	43	30,7	

Variáveis contextuais da UCA

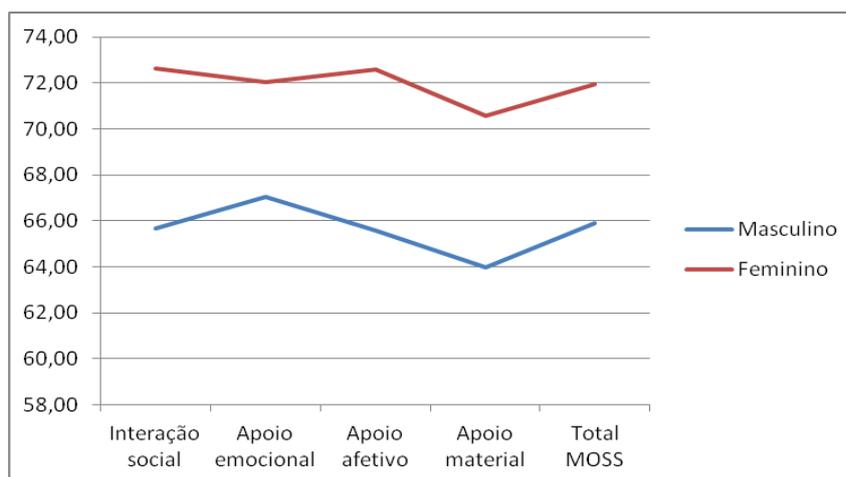
Relativamente às variáveis que se relacionam diretamente com a UCA e os motivos da ida à UCA, constatamos que 32,9% dos participantes recorrem à mesma por motivos de cirurgia oftalmológica, seguindo-se os que recorrem à UCA para realização de cirurgia ginecológica (22,9%) e de ortopedia (15,7%). A cirurgia ao nível de gastro é a menos referenciada, com apenas 3,6%. Quanto ao tempo que os participantes se encontravam à espera da realização da cirurgia, aferimos que 32,1% dos participantes esperaram um tempo inferior a 6 meses, secundados pelos que referem ter esperado entre 6 a 12 meses e entre 12 a 18 meses, com 20,7% e 19,3%, respetivamente. Verificamos também que 64,3% dos participantes consideram o processo para a alta muito bom e 75,7% salientam, em termos globais, estar muito satisfeitos (cf. Tabela 9)

Quadro 9 – Estatísticas relativas às variáveis relacionadas com a UCA

	Nº	%
Motivo de acesso		
Cirurgia geral	18	12,9
Ortopedia	22	15,7
Ginecologia	32	22,9
Gastro	5	3,6
Oftalmologia	46	32,9
Urologia	9	6,4
ORL	8	5,7
Tempo de espera		
< 6 meses	45	32,1
6-12 meses	29	20,7
12-18 meses	27	19,3
18-24 meses	15	10,7
>24 meses	24	17,1
Processo de alta		
Bom	50	35,7
Muito bom	90	64,3
Satisfação global		
Satisfeito	34	24,3
Muito satisfeito	106	75,7

No gráfico 1 estão representadas as médias de cada uma das dimensões da escala de apoio social (MOS-SSS), de onde salientamos os valores médios mais elevados por parte dos participantes do sexo feminino em todos os domínios. É ainda de salientar que, nos homens, o apoio emocional é o mais referido, enquanto as mulheres pontuam mais na interação social e o apoio afetivo.

Gráfico 1 – Comparação média do apoio social (MOS-SSS) nas várias dimensões em função do género



Qualidade idealizada e percebida

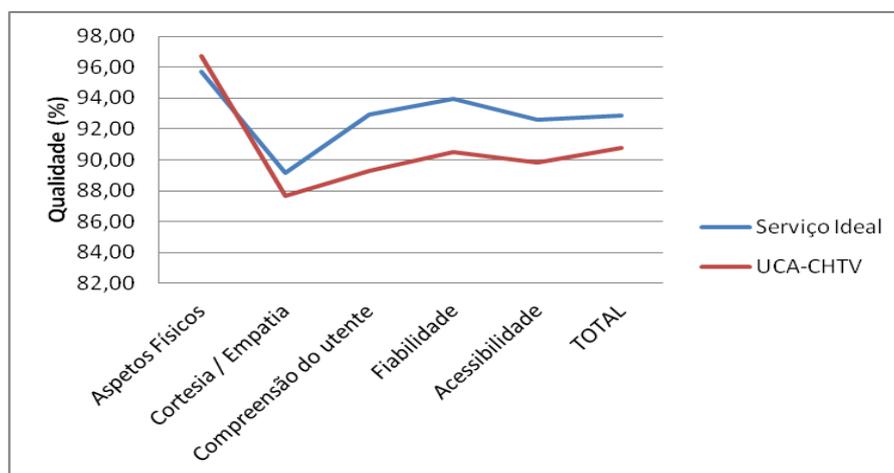
Os resultados apresentados na Tabela 10 e Gráfico 2 mostram que, com exceção dos aspetos físicos em que a qualidade percebida é superior à qualidade idealizada, em todas as restantes variáveis e no global da SERVQUAL, a qualidade percebida ($M=90.80$) é sempre inferior à qualidade idealizada ($M=92.89$).

Tabela 10 – Estatísticas relativas à qualidade idealizada e percebida (SERVQUAL)

SERVQUAL (dimensões)		Min	Max	Média	D.P.
Idealizada	Aspetos físicos	77	100	95,73	7,14
	Cortesia / Empatia	63	100	89,14	9,69
	Compreensão do utente	75	100	92,96	8,67
	Fiabilidade	80	100	93,95	8,46
	Acessibilidade	80	100	92,62	9,24
	Total	77	100	92,89	6,84
Percebida	Aspetos físicos	80	100	96,69	7,22
	Cortesia / Empatia	60	100	87,69	10,36
	Compreensão do utente	75	100	89,29	9,17
	Fiabilidade	80	100	90,48	9,19
	Acessibilidade	80	100	89,86	9,24
	Total	76	100	90,80	7,40

Salientam-se com médias mais elevadas os aspetos físicos quer na qualidade idealizada, quer na qualidade percebida, respetivamente com 95.73 e 96.69 (cf. Tabela 9 e Gráfico 2).

Gráfico 2 – Comparação média da qualidade idealizada e percebida nas várias dimensões



Pelos resultados do teste de Wilcoxon, inferimos a existência de diferenças estatísticas bastante significativas ($p < 0,01$) e altamente significativas ($p < 0,001$) em todos os domínios e no global da qualidade percebida/idealizada em relação à UCA (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Teste Wilcoxon entre a qualidade idealizada e a qualidade percebida

SERVQUAL (dimensões)		Negativos	Positivos	Empates	p
Percebida - Idealizada	Aspetos físicos	7	33	100	0,003**
	Cortesia / Empatia	50	5	85	0,000***
	Compreensão do utente	46	3	91	0,000***
	Fiabilidade	37	6	97	0,000***
	Acessibilidade	34	5	101	0,000***
	Total	67	22	51	0,000***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

2.2. Análise inferencial

Efetuada a análise descritiva procede-se à análise inferencial, procurando dar resposta às questões de investigação.

Q1 – De que modo as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e rendimento) influenciam na satisfação dos utentes da UCA?

Para sabermos da influência do **género** nas dimensões da qualidade, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes do sexo feminino dominam na maioria das dimensões, com exceção dos aspetos físicos onde são os homens a apresentar valores de ordenação média mais elevada. Existindo assim diferenças estatísticas significativas na cortesia/empatia ($p=0.000$), na compreensão do utente ($p=0.000$), na fiabilidade ($p=0.005$), na acessibilidade ($p=0.010$) e na qualidade global ($p=0.001$), exceto nos aspetos físicos ($p=0,328$).

Quanto à **idade**, efetuamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes idosos, na globalidade, obtiveram valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões e na qualidade global, resultando em relevância estatística bastante significativas nos aspetos físicos ($p=0.006$).

Quanto ao **estado civil** *versus* as dimensões da qualidade, efetuamos mais uma vez um Teste U de Mann-Whitney, do qual inferimos que os utentes sem companheiro(a) apresentam um valor de ordenação média mais elevada na cortesia/empatia, na compreensão do utente e no global da qualidade, sendo os participantes com companheiro(a) a pontuarem mais nas restantes dimensões, não se registando diferenças estatísticas significativas, quer nas dimensões, quer no global ($p > 0,05$).

No que diz respeito às **habilitações literárias**, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, constatamos que os participantes com o ensino básico são os que apresentam valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões da qualidade, mas com significado estatístico apenas para a fiabilidade ($p < 0,016$).

Em relação à **situação laboral**, os resultados da aplicação do Teste U de Mann-Whitney indicam-nos que os utentes no ativo profissionalmente apresentam valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões e na qualidade global, com exceção para a qualidade relacionada com os aspetos físicos e com a compreensão do utente, onde foram os participantes que não estão no ativo profissionalmente a pontuarem mais. Todavia, não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

Já para o **rendimento familiar mensal**, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes com um rendimento familiar até 1000€ dominam na maioria das dimensões da qualidade, com exceção da qualidade relativa aos aspetos físicos, onde sobressaem, em termos de valores de ordenação média, os participantes com rendimento familiar mensal superior a 1000€, registando-se diferenças estatísticas significativas apenas na cortesia/empatia ($p = 0,033$).

Tabela 12 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a qualidade percebida

Dimensões da qualidade percebida (SERVQUAL) Variáveis	Aspetos físicos	Cortesia / Empatia	Compreensão do utente	Fiabilidade	Acessibilidade	SERVQUAL TOTAL	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
Género							
Masculino	72,32	59,94	60,50	63,40	63,91	61,76	Mann-Whitney
Feminino	67,68	86,82	85,95	81,47	80,68	84,00	
(p)	0,328	0,000***	0,000***	0,005**	0,010*	0,001**	
Idade							
Adultos	64,96	68,99	69,82	65,51	68,52	65,64	Mann-Whitney
Idosos	77,89	72,52	71,41	77,16	73,14	76,98	
(p)	0,006**	0,573	0,806	0,068	0,470	0,096	
Estado civil							
Com companheiro	71,26	67,86	68,07	71,67	72,41	70,37	Mann-Whitney
Sem companheiro	69,74	73,14	72,93	69,33	68,59	70,63	
(p)	0,744	0,394	0,449	0,711	0,547	0,970	
Habilitações							
Básico	73,37	72,72	73,47	76,88	73,93	75,65	Kruskal-Wallis
Secundário	65,92	64,42	68,41	57,64	67,35	61,98	
Superior	61,19	69,88	54,35	57,00	53,73	54,85	
(p)	0,177	0,535	0,220	0,016*	0,164	0,079	
Situação Laboral							
Ativo	67,52	75,15	70,20	73,93	74,59	73,33	Mann-Whitney
Não ativo	72,26	67,75	70,68	68,47	68,09	68,83	
(p)	0,323	0,249	0,943	0,404	0,321	0,519	
Rendimento							
Até 1000 euros	67,55	82,92	77,16	80,10	79,44	81,32	Mann-Whitney
Superior a 1000 euros	71,34	66,97	68,61	67,77	67,96	67,42	
(p)	0,497	0,033*	0,268	0,106	0,132	0,087	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Q2 - Existe efeito significativo das variáveis circunstanciais (meio de deslocação, distância ao hospital e distância ao centro de saúde) na satisfação dos utentes da UCA?

De modo a podermos saber a influência do **meio de deslocação ao hospital** nas dimensões da qualidade, recorremos ao Teste U de Mann-Whitney, do qual inferimos que os utentes que não se deslocam em meio de transporte próprio pontuaram mais na maioria das dimensões da qualidade, com exceção da qualidade relacionada com os aspetos físicos e com a cortesia/empatia, onde sobressaem os participantes que utilizam meio de transporte próprio para se deslocarem ao hospital. Existindo diferenças estatísticas significativas apenas na fiabilidade (p=0,028).

No que se refere à **distância de casa ao hospital**, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, constatamos que os utentes cuja residência está situada a uma distância superior a 15 km do hospital revelam valores de ordenação média mais elevados na totalidade das dimensões da qualidade e no global da qualidade. Registamos diferenças estatísticas significativas na cortesia/simpatia ($p=0.037$), na compreensão do utente ($p=0.044$), na fiabilidade ($p=0.022$), na acessibilidade ($p=0.001$) e qualidade global ($p=0.013$), exceto nos aspetos físicos ($p=0,201$). De igual modo, verificamos que, em relação à **distância ao centro de saúde**, há um domínio na maioria das dimensões e no global da qualidade dos participantes cuja distância de casa ao centro de saúde é superior a 9 km, com diferença estatisticamente significativa na fiabilidade ($p=0.038$).

No que diz respeito ao **tempo de espera da realização da cirurgia**, usámos um teste de Kruskal-Wallis, donde apuramos que os participantes com tempos de espera para a cirurgia entre 6-12 meses são os que demonstram valores de ordenação média mais elevados, existindo diferenças estatísticas significativas na cortesia/empatia ($p=0.000$), na compreensão do utente ($p=0.011$), na fiabilidade ($p=0.007$), na acessibilidade ($p=0.001$) e na qualidade global ($p=0.001$), exceto nos aspetos físicos ($p=0,136$).

Tabela 13 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis circunstanciais com a qualidade

Dimensões da qualidade percebida (SERVQUAL) Variáveis	Aspetos físicos	Cortesia / Empatia	Compreensão do utente	Fiabilidade	Acessibilidade	SERVQUAL TOTAL	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
Meio de deslocação							
Próprio	70,72	70,94	65,80	64,58	66,00	66,90	Mann-Whitney
Outro	70,20	69,90	76,95	78,63	76,68	75,44	
(p)	0,913	0,868	0,086	0,028*	0,096	0,211	
Distância ao hospital							
≤ 9 kms	67,97	60,54	60,71	66,26	71,28	63,94	Kruskal-Wallis
10-14 kms	66,22	70,51	69,91	60,42	52,88	60,85	
≥ 15 kms	75,59	79,18	79,45	80,98	81,67	82,72	
(p)	0,201	0,037*	0,044*	0,022*	0,001**	0,013*	
Distância centro saúde							
≤ 3 kms	70,16	59,83	66,59	75,88	70,08	67,44	Kruskal-Wallis
4-8 kms	73,99	76,52	66,59	60,02	69,86	69,07	
≥ 9 kms	66,64	74,38	79,33	77,55	71,72	75,43	
(p)	0,427	0,058	0,187	0,038*	0,967	0,611	
Tempo de espera							
< 6 meses	73,83	66,17	69,26	67,10	60,97	66,19	Kruskal-Wallis
6-12 meses	78,95	90,09	89,36	87,93	95,84	94,98	
12-18 meses	62,02	46,87	54,44	53,15	58,31	48,85	
18-24 meses	65,03	78,50	76,77	64,50	66,77	70,10	
> 24 meses	67,00	76,54	64,19	79,08	73,79	73,60	
(p)	0,136	0,000***	0,011*	0,007**	0,001**	0,001**	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Q3 - Existe efeito significativo das variáveis sociofamiliares (agregado familiar, rendimento mensal do agregado familiar e apoio social) na satisfação dos utentes da UCA-CHTV?

Procurámos saber se existe influência do apoio social na qualidade percebida, tendo recorrido a uma Correlação de Spearman, de onde salientamos a existência de correlações positivas em todas as interações, que nos diz que quanto maior o apoio social, maior a qualidade percebida, com existência de diferenças estatísticas significativas ($p<0,05$), bastante significativas ($p<0,01$) e altamente significativas ($p<0,001$) em algumas dessas interações (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Correlação de Spearman relacionando as dimensões do suporte social (MOS-SSS) com a qualidade percebida (SERVQUAL) nos utentes da UCA

	Interação social	Apoio emocional	Apoio afetivo	Apoio material	GLOBAL
Aspetos físicos	0,119	0,110	0,152	0,192*	0,144
Cortesia / Empatia	0,032	0,013	0,050	0,144	0,053
Compreensão do utente	0,275**	0,243**	0,361***	0,251**	0,280**
Fiabilidade	0,092	0,104	0,129	0,045	0,088
Acessibilidade	0,176*	0,208*	0,247**	0,131	0,186*
GLOBAL	0,148	0,148	0,210*	0,170*	0,163

*p<0,05 **p<0,01

***p<0,001

3. Discussão

Após revisão sobre o estado do conhecimento empírico no que se refere às variáveis deste estudo, metodologia utilizada na recolha de dados e explanação dos resultados, procede-se a uma análise dos resultados obtidos para o conhecimento da temática proposta. Assim, enfatizam-se os dados mais expressivos, interpretando-os à luz da fundamentação teórica efetuada, questões de investigação e objetivos formulados para este trabalho. São igualmente indicadas as limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo.

3.1. Discussão metodológica

Tratando-se de um estudo quantitativo, enquadrado no tipo de investigação não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos correlacionais e explicativos, com enfoque transversal, surgiu uma limitação, que se prende com o facto de um estudo do tipo transversal não permitir o estabelecimento de relações causais, apresentando dificuldade para investigar condições de baixa prevalência, o que implicaria o estudo de uma amostra relativamente grande. Além disso, destaca-se também como limitação deste tipo de estudos o facto de trabalharem com casos prevalentes do desfecho e a colheita de dados sobre a exposição e o desfecho num único momento no tempo. Outra limitação tem a ver com o facto de se ter recorrido a uma amostragem não probabilística por conveniência, que não introduz viés em relação à população total, todavia, os resultados obtidos podem ser uma boa imagem do universo estudado. Os resultados de uma investigação baseada numa amostragem não probabilística não permitem generalizações no que respeita à população em estudo, já as inferências realizadas a partir dos resultados de uma amostragem probabilística podem ser feitas inteiramente por métodos estatísticos, não assumindo critérios em relação à distribuição das características na população (Fortin, 2009).

3.2. Discussão dos resultados

Avaliar a satisfação permite dar voz ao cliente, constituindo, por si só, um instrumento de medida do impacto das políticas de saúde na qualidade dos serviços, possibilitando a atualização e adaptação das mesmas, de forma a articular com a investigação de soluções para problemas identificados, dando assim resposta às

expectativas dos clientes (Alves 2010). Não obstante o crescente interesse nos últimos anos, o conceito de qualidade representa ainda um desafio para as organizações de saúde. Na atualidade, vivem-se profundas mudanças, e as organizações de saúde necessitam de responder com eficácia à nova realidade. A qualidade deixou de ser uma opção, passando a ser uma obrigação e uma premência para todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde. Assim sendo, é necessário garantir a qualidade de forma planejada, tendo em conta a missão, os serviços e a satisfação do cliente, na medida em que não é possível satisfazer o cliente se os serviços de saúde não estiverem adequados às suas necessidades e se o atendimento não estiver previsto na própria definição da missão da instituição (Machado, 2012). Nesta perspetiva, a qualidade é sinónima de adequação dos serviços à missão da organização empenhada no pleno atendimento das necessidades do cliente, no caso concreto da UCA.

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, discutem-se os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

Os resultados obtidos permitiram verificar que a amostra de 140 utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central é, na maioria, do sexo masculino (60,7%), com uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 94 anos, ao que corresponde uma idade média de 58,01 ($\pm 19,26$ anos). Os homens são, em média, mais velhos (Média=64,52 anos $\pm 18,77$) do que as mulheres (Média=47,95 anos $\pm 15,39$). Prevaecem os participantes adultos (57,1%), tendo metade da amostra companheiro(a) (50,0%) e a outra sem companheiro(a) (50,0%); 67,1% têm como habilitações literárias o ensino básico, 62,9% não estão ativos profissionalmente; 39,3% dos participantes distam do domicílio ao hospital 15 Km ou mais e 37,1% distam do Centro de Saúde entre 4-8 Km, com 57,9% a descolarem-se ao hospital em veículo próprio.

Procurou-se saber de que modo as variáveis sociodemográficas influenciam na satisfação dos utentes da UCA, do que se apurou que os utentes do sexo feminino manifestam mais satisfação em relação à cortesia/empatia, compreensão do utente, fiabilidade e acessibilidade, com exceção dos aspetos físicos onde foram os homens a apresentar valores de ordenação média mais elevada, existindo diferenças estatísticas significativas na cortesia/empatia ($p=0.000$), na compreensão do utente ($p=0.000$), na fiabilidade ($p=0.005$), na acessibilidade ($p=0.010$) e na qualidade global ($p=0.001$), exceto nos aspetos físicos ($p=0,328$). Constatou-se também que os utentes idosos, na globalidade, obtiveram valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões e na qualidade global, resultando em relevância estatística bastante significativas nos aspetos físicos ($p=0.006$), sugerindo que são estes os que revelam mais satisfação em relação à UCA. Outra variável com interferência estatística refere-se às habilitações literárias, tendo

sido os participantes com o ensino básico aqueles que manifestaram mais satisfação, tendo em conta as dimensões da qualidade, com significado estatístico na fiabilidade ($p < 0,016$). O rendimento familiar mensal interferiu na satisfação dos participantes em relação à UCA, de onde se salienta que os utentes com um rendimento familiar até 1000€ apresentaram maior nível de satisfação em relação à cortesia/empatia, compreensão do utente, fiabilidade e acessibilidade, excetuando a qualidade relativa aos aspetos físicos, onde sobressaem os participantes com rendimento familiar mensal superior a 1000€, registando-se diferenças estatísticas significativas na cortesia/empatia ($p = 0,033$).

Outro objetivo deste estudo consistiu em saber se existe efeito significativo das variáveis circunstanciais na satisfação dos utentes da UCA, tendo-se constatado que os utentes que não se deslocam em meio de transporte próprio atribuem mais qualidade à UCA, com exceção da qualidade relacionada com os aspetos físicos e com a cortesia/empatia, onde sobressaíram os participantes que utilizam meio de transporte próprio para se deslocarem ao hospital, com diferenças estatísticas significativas na fiabilidade ($p = 0,028$). Verificou-se também que os utentes cuja residência está situada a uma distância superior a 15 km do hospital revelam índices mais elevados de qualidade, com diferenças estatísticas significativas na cortesia/simpatia ($p = 0,037$), na compreensão do utente ($p = 0,044$), na fiabilidade ($p = 0,022$), na acessibilidade ($p = 0,001$) e qualidade global ($p = 0,013$). De igual modo, verificamos que, em relação à distância ao centro de saúde, há um domínio na maioria das dimensões e no global da qualidade dos participantes cuja distância de casa ao centro de saúde é superior a 9 km, com diferença estatisticamente significativa na fiabilidade ($p = 0,038$).

Os resultados apresentados corroboram o preconizado por Weiss (1988), citado por Machado (2012), segundo o qual as determinantes da satisfação são influenciadas pelas características dos utentes, ou seja, pelas suas características sociodemográficas, bem como pelas expectativas sobre a consulta e o estado de saúde. Por conseguinte, o utente/família, para além de fatores intrínsecos, nomeadamente a idade, o género e as habilitações académicas, desenvolve expectativas relacionadas com outros domínios, tais como o ambiente físico, a comunicação, a informação, a sua participação e envolvimento, observação das relações interpessoais entre profissionais e utentes, competências técnicas dos profissionais, o que acaba por influenciar, antes e depois, a satisfação no processo da prestação dos cuidados (Gomes 2012)

No que diz respeito ao tempo de espera da realização da cirurgia, apurou-se que os participantes com tempos de espera para a cirurgia entre 6-12 meses são os que atribuem mais qualidade à UCA, sugerindo que são estes os mais satisfeitos, existindo diferenças estatísticas significativas na cortesia/empatia ($p = 0,000$), na compreensão do utente

($p=0.011$), na fiabilidade ($p=0.007$), na acessibilidade ($p=0.001$) e na qualidade global ($p=0.001$), exceto nos aspetos físicos ($p=0,136$).

Refere-se também que o facto de se ter constatado que a maioria dos utentes atribui qualidade à UCA, tendo em conta a cortesia/empatia, a compreensão do utente, fiabilidade, acessibilidade e aspetos físicos, pode afirmar-se que a referida Unidade adequa os serviços prestados às suas necessidades, garantindo, deste modo, a satisfação dos utentes, o que está em conformidade com o referido na literatura (Gomes 2012; Sousa, 2014). Os resultados encontrados vão ao encontro dos observados por Costa (2013) cujo estudo, na área da satisfação dos utentes face à Cirurgia de Ambulatório, revelou níveis elevados de concordância e de satisfação. Correia, Gerós, Ferreira Condé e Silva (2013) também constataram um elevado nível de satisfação dos utentes de uma UCA, o que, segundo os autores, revela as vantagens da cirurgia realizada neste regime, quer em termos de gestão de recursos hospitalares, quer da qualidade e segurança dos serviços prestados. Do mesmo modo, Mendonça (2011), no seu estudo com utentes de uma UCA, constatou um que os inquiridos, em relação à satisfação global com a Unidade, lhe atribuíram o valor máximo numa escala de dez pontos de satisfação, considerando que a sua experiência na Unidade foi muito superior ao esperado, atribuindo também a classificação máxima à probabilidade de escolher de novo este serviço.

Conclusão

No decorrer das últimas duas décadas, a Cirurgia de Ambulatório tem vindo a expandir-se, desde o início do século XX, o seu crescimento em Portugal tem sido exponencial. A realização de cirurgia em regime de ambulatório deve centrar-se no objetivo *major* de propiciar aos utentes uma atenção de qualidade, quer ao nível técnico, quer a nível psicossocial, efetivando-o a custos adaptados e tendo o utente como protagonista. Neste contexto, assumiu-se como fundamental avaliar a satisfação dos utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central, o que tem implícito o melhor cuidar e requer também uma reflexão dos profissionais de saúde acerca das suas práticas, comprometendo-se em projetos de mudança.

Pela revisão da literatura, constatou-se que a Cirurgia de Ambulatório oferece muitas vantagens bem documentadas em relação à cirurgia com internamento, nomeadamente: para os doentes, o que advém da redução do número de infeções associadas aos cuidados de saúde, reduzida separação da vida familiar, aceleração da reinserção familiar e profissional; para os hospitais, na medida que vê viabilizado o aumento da atividade cirúrgica, incentivando o desenvolvimento de novas técnicas; para Sistema de Saúde através da diminuição das despesas hospitalares e oferta de um número mais elevado de camas para doentes graves.

Os resultados do estudo empírico revelaram, na amostra em estudo, constituída por 140 utentes de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospitalar Central, que há uma prevalência de utentes do sexo masculino, com uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 94 anos, ao que corresponde uma idade média de 58,01 (± 19.26 anos), com prevalência de adultos, cujas habilitações literárias, na maioria, correspondem ao ensino básico, sendo também notória a presença de utentes não estão ativos profissionalmente, cujo domicílio dista do hospital 15 Km ou mais e do Centro de Saúde entre 4-8 Km, deslocando-se ao hospital em veículo próprio.

Em resposta à primeira questão de investigação, conclui-se que as variáveis sociodemográficas influenciam na satisfação dos utentes da UCA, tendo-se apurado que os utentes do sexo feminino, os idosos, os participantes com o ensino básico, com um rendimento familiar até 1000€ apresentaram maior nível de satisfação em relação. Outro objetivo consistiu em saber se existe efeito significativo das variáveis circunstanciais na satisfação dos utentes da UCA, tendo-se constatado que os utentes que não se deslocam em meio de transporte próprio, cuja residência está situada a uma distância superior a 15 km do hospital revelam índices mais elevados de qualidade atribuída à UCA, bem como os

participantes cuja distância de casa ao centro de saúde é superior a 9 km. Apurou-se que os participantes com tempos de espera para a cirurgia entre 6-12 meses são os que atribuem mais qualidade à UCA, sugerindo que são estes os que manifestam mais satisfação em relação à mesma.

O presente estudo demonstra que a qualidade percebida pelos utentes depende de fatores intrínsecos e extrínsecos aos mesmos. Contudo, importa referir que na decorrência das suas especificidades e características singulares e modo de funcionamento diferente de qualquer outro serviço de um hospital, uma UCA, seja qual for a sua dimensão, terá de ser planeada e delineada com particular atenção quanto à humanização e conforto para utentes e profissionais, quanto ao cumprimento das regras básicas de distinção de circuitos que possibilitam garantir a segurança dos procedimentos praticados nessa UCA. Quando estes pressupostos se concretizam, têm-se utentes satisfeitos.

Decorrente destas conceptualizações, a satisfação é a constatação que exprime um certo grau de realização. Está relacionada com o facto de as necessidades ou os desejos se encontrarem satisfeitos. O nível de satisfação corresponde à concretização de, anseio ou de uma expectativa, manifestada na resolução de um problema concreto relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Esta manifestação dos utentes é importante, se funcionar como *feedback* para os prestadores de cuidados compreenderem onde poderão ser empreendedores, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, podendo ir ao encontro das necessidades sentidas pelos clientes, cada vez que necessitam recorrer aos serviços de saúde.

Concluiu-se com a consciência de que a satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância para entender as reações às políticas definidas para o sector e para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação. A opinião do utente é fundamental para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, identificar problemas a corrigir ou novas expectativas em relação aos cuidados e também reorganizar os serviços de saúde.

Do trabalho realizado e na sequência das conclusões obtidas, mediante os resultados da investigação e da consulta bibliográfica, afigura-se o compromisso de uma permanente reflexão sobre as práticas de prestação de serviços de saúde no futuro, uma vez que é um processo indispensável para o crescimento pessoal e profissional. Por outro lado, fica a ideia de que a qualidade dos cuidados de saúde surge como uma exigência de todos os envolvidos, sendo tomada como um atributo essencial, para a satisfação do utente, que deve ter um papel ativo na decisão dos cuidados a prestar. Em Portugal, o crescimento das UCA é significativo representando quase metade da atividade cirúrgica. Esta

abordagem cirúrgica é vista como uma mais-valia para o utente, profissional e Estado, pois acarreta benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos indiscutíveis. Por estas razões, torna-se determinante que se implemente mecanismos de auscultação de opinião e de medição de satisfação dos utentes, o que poderá servir de mote para investigações futuras, com uma amostra mais alargada e pertencente a outras regiões do país, numa dinâmica de análise, diagnóstico e recomendações que contribuam para elevar a qualidade e satisfação dos utilizadores deste serviço.

Transversal a estudos desta natureza, está a necessidade de qualificar e quantificar os cuidados prestados pelos profissionais intervenientes. Tendo em conta que a efetividade e a eficiência dos cuidados resultantes de uma agilização de processos de auscultação implícita nesses mesmos cuidados, o enfermeiro especialista na saúde comunitária torna-se pilar na articulação dos cuidados da sua comunidade, sendo parte integrante de alterações e de alocação de cuidados para colmatar necessidades observadas e sentidas, uma vez que a cirurgia de ambulatório só pode existir se os cuidados primários existirem nas proximidades, quer em espaço físico, quer com apoio domiciliário.

A articulação da perceção dos processos de satisfação de uma comunidade devem ser preocupações de líderes parlamentares, pois implicam a melhoria, a racionalização, a operacionalização e a sensibilização para o empoderamento nas decisões dos cuidados e na implicação de todos os profissionais com os seus representantes governamentais.

Referências Bibliográficas

AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2012). *IX Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória*. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/index.php>

Associação Portuguesa de Cirurgia em Ambulatório (2016). *Jornal do Congresso. IX Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória*. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/index.php>

Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2012). *Projecto de Requalificação da cirurgia do Ambulatório-unidade do hospital São Teotónio-Viseu*. Disponível em: http://www.hstviseu.min-saude.pt/Relatorio_Projecto_Req_UCA_CHTV.pdf

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). Sumário Executivo do Relatório elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 9: 13-27. Disponível em <URL.:[http:// www.apca.com.pt/ver.php?cod=0E0C0A0B](http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=0E0C0A0B) >.ISSN 0874-8349.

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). *Relatório Preliminar. Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5FC57911-55DB-4ADB-82C4-DCBF330D6B57/0/RelatorioFinalARS_COMPLETO_72dpi.pdf.

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). Sumário Executivo do Relatório elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória* [em linha], 9: 13-27. Disponível em <URL.:[http:// www.apca.com.pt/ver.php?cod=0E0C0A0B](http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=0E0C0A0B) >.ISSN 0874-8349.

Correia, R. (2010). *Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53367/2/Tese%20Rui%20Correia.pdf>

Correia, V.M., Gerós, S., Ferreira, M., Condé,A., & Silva, A.P. (2013). Índices de qualidade da cirurgia de ambulatório ORL no Centro Hospitalar V.N. Gaia /Espinho. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, VOL. 51, 4: 213-217.

Costa, G. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes do hospital de dia de especialidades médicas do hospital de Egas Moniz*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/9257>.

Coutinho, C.P. (2014). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Coutinho, C.P. (2014). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde*. Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/118>

Fachado, A.,A., Martinez,A.M., Villalva,C.M., & Pereira, M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20: 525-533.

Fachado, A.,A., Martinez,A.M., Villalva,C.M., & Pereira,M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20: 525-533.

Ferreira, C.A.S. (2014). *Satisfação dos utentes da unidade local de saúde do nordeste face aos cuidados de enfermagem, Associação de Politécnicos do Norte (APNOR)*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9785de> CAS Ferreira

Ferreira, F. (2013). *Impacto da implementação da clínica de pré - admissão cirúrgica - walking clinic - na cirurgia de ambulatório da ULS Matosinhos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade Do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=128363.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Gomes, B.P. (2102). *Enfermagem de Reabilitação um Contributo para a Satisfação do Utente*. Tese de doutoramento. . Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/.../7275/.../Tese%20DoutoramentoBarbara.p...>

Gonçalves, J. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14361/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>

-
- Guterres, C.N. (2009). *Satisfação dos utentes do Centro de Saúde Viseu 3*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3894/1/Temporario.pdf>
- Kumar, M., Kee, F. T., & Charles, V. (2010). Comparative evaluation of critical factors in delivering service quality of backs: an application of dominance analysis in modified SERVQUAL model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v. 27, 3: 351-377.
- Lemos, P. (2011). V Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 9: 59-60. Disponível em <URL.:<http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=0F0A0E>>.ISSN 0874-8349.
- Machado, C. (2012). *Satisfação de utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto. Disponível em: <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/1899>
- Magalhães, C. (2015). Mais de metade das cirurgias em Portugal realizadas em ambulatório Publicado. *Jornal Médico*. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/2015/04/14/mais-de-metade-das-cirurgias-em-portugal-realizadas-em-ambulatorio/>
- Marques, T.P.S. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente: Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/1416/1/msc_tpsmarques.pdf
- Mendonça, T.A. (2011). *Cirurgia de ambulatório. Qualidade em saúde Satisfação dos utentes. Satisfação dos profissionais*. Dissertação de Mestrado. ISCTE. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4674>
- Moura, A.C., Ferreira, M.A., Barbosa, J., Mourão, J. (2014). Satisfação com os Cuidados Anestésicos num Hospital Central. *Acta Med Port*, 27(1): 33-41.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- Oliveira, O.J., & Ferreira, E.C. (2009). *Adaptação e Aplicação da Escala SERVQUAL na Educação Superior*. In: ENEGEP, XXIX, Salvador, pg. 1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16: 53.
- Pascoe (1988). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, vol.6, 3: 185-210.

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016): Principais compromissos internacionais, reconhecidos e ratificados pelo Estado Português (2015). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: pns.dgs.pt/

Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de janeiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 16 — 23 de Janeiro de 2007.

Relatório da Atividade em Cirurgia Programada – Ano 2013 (2013). *Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia*. Administração Central ACSS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%202pdf.pdf>

Ribeiro, H. (2014). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação à informação prestada no pós-operatório em cirurgia ambulatória*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7629/1/Versa%CC%83o%20final.pdf>

Santos, G. (2009). *Satisfação e qualidade: A visão dos utentes de uma Unidade de reabilitação respiratória*. Dissertação de mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/412>

Silva, C. A. et al. (2007). *Estudo da satisfação dos utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE: Relatório Final*. Disponível em: http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf/.

Sousa, J.C.F. (2014). Ferramenta para a avaliação da satisfação de utentes de unidades em saúde. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74699/2/99036.pdf>

Tavares, S.I.C.P.G. (2013). *Satisfação do doente em cirurgia de ambulatório. Artigo de revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72169/2/92541.pdf>.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & BERRY, L. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, New York: American Marketing Association, 2: 35-48.

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados



Escola Superior de Saúde de Viseu

3ºCurso de Mestrado em enfermagem Comunitária

Instrumento de Colheita de dados: Questionário

Título: “ Satisfação dos utentes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório(UCA) do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV): Contributo para melhor cuidar.”

NOTAS EXPLICATIVAS PARA O PREENCHIMENTO DESTES QUESTIONÁRIO

Sou enfermeira do Centro Hospitalar Tondela Viseu e estou a elaborar um trabalho de Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde-ESSV, que tem como objetivo determinar a satisfação dos utentes da UCA.

A satisfação dos utentes/familiares é uma mais-valia para a avaliação desta Unidade de cuidados e um indicador determinante para mobilizar estratégias de reflexão, no sentido de, garantir a qualidade dos cuidados de saúde.

Neste sentido, é importante o contributo que possa dar através do preenchimento de todas as questões deste questionário.

Coloque, por favor, uma cruz (x) no quadrado de acordo com a questão que mais se adequa à sua resposta.

O questionário é absolutamente anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser analisados em conjunto com as respostas dadas por outros utentes/familiares e, apenas, para fins de investigação científica.

Agradeço desde já a sua colaboração e sinceridade nas respostas.

Investigador principal: Ângela Maria Andrade Vinhas Tomas

Orientadora: Professora Doutora Suzana André

questionário

Código do





CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de Investigação “ Satisfação dos utentes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório(UCA) do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV): Contributo para melhor cuidar.”

Autora do estudo: Angela Maria Andrade Vinhas Tomas
Data de nascimento: 15/9/1974
Nº Cartão de cidadão: 10316265

A pesquisa na qual vai participar, será conduzida pela Enfermeira Ângela Tomás, sob orientação da Professora Doutora Suzana André.
Este consentimento serve apenas para este fim e não é utilizado no tratamento de dados.
O questionário é absolutamente anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si. No final, poderá ter acesso aos resultados, se assim o desejar.

Agradecemos desde já sua colaboração.

Por favor, preencha o espaço em baixo se aceita colaborar.

Eu _____, BI
nº _____, declaro que fui informado/(a) sobre a pesquisa e autorizo a minha
participação, assim como a publicação dos resultados.

_____ (Assinatura)

Data ____/____/____

I PARTE – Dados pessoais

1. Idade _____ anos

2.Estado Civil:

Solteiro (a)	
Casado (a)	
Viúvo (a)	
Divorciado (a)	

3.Proveniência

Urbana	
Rural	

4.Habilitações literárias

1ºciclo (até 4º ano de escolaridade)	
2ºciclo (até 6º ano de escolaridade)	
3º ciclo (até 9º ano de escolaridade)	
Ensino secundário (até 12º ano de escolaridade)	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

5.Situação laboral

Activo (a)	
Desempregado (a)	
Domestico (a)	
Reformado (a)	
Estudante (a)	

6.Tipo de habitação

Vivenda	
Apartamento com elevador	
Apartamento sem elevador	
Outro	

7. Distância da casa ao hospital _____ Km

8. Deslocação para o hospital

Próprio	
Público	
Familiares ou amigos próximos	
A Pé	

9. Tem acesso fácil a um centro de saúde

Sim	
Não	

10. Distância ao Centro de Saúde _____ Km

11. Deslocação ao Centro de Saúde

Próprio	
Público	
Familiares ou amigos próximos	
A Pé	

II PARTE - Variáveis sociofamiliares

1. Agregado familiar

Vive só	
Vive com os pais/filhos	
Vive com companheiro/a	
Vive com companheiro/a e filhos	
Vive num lar	

2. Rendimentos mensal por agregado familiar

Inferior a 500€	
De 500€ a 1.000€	
De 1.000€ a 1.500€	
De 1.500€ a 2.000€	
Superior a 2.000€	

Questionário MOSS

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as quais esta à vontade e pode falar de todo o que quiser).

Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos. _____

As pessoas procuram outras para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda.

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?

Assinale com um círculo um dos números de cada fila.

		Nunca	Rara- mente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
2	Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	1	2	3	4	5
3	Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5	Alguém que o leve ao médico quando o necessite	1	2	3	4	5
6	Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afectos	1	2	3	4	5
7	Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8	Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
9	Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	1	2	3	4	5
10	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11	Alguém com quem poder relaxar	1	2	3	4	5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13	Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18	Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
19	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido	1	2	3	4	5

III – PARTE - Funcionamento da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Assinale com uma cruz (X) o que melhor se adequa à sua situação pessoal

1. Motivo de acesso (cirurgia proposta)

Cirurgia geral	
Ortopedia	
Ginecologia	
Gastroenterologia	
Oftalmologia	
Urologia	
Otorrino	

2. Há quanto tempo se encontrava à espera da realização da cirurgia

Menos de 6 meses	
De 6 a 12 meses	
De 12 a 18 meses	
18 a 24 meses	
Superior a 24 meses	

IV. PARTE - SERVQUAL

Num serviço excelente - Baseado na sua experiência como utente de serviços hospitalares, pense um pouco sobre o tipo de hospital que lhe prestaria um serviço de excelente qualidade.

Indique a importância que atribui às características descritas num serviço excelente.

Neste serviço do UCA-CHTV- Deverá posicionar-se face ao serviço oferecido por este hospital.

Tangíveis (Aspetos Físicos)	Num serviço ideal					No serviço da UCA-CHTV				
O espaço encontra-se limpo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Os espaços são adequados ao exercício das funções	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Conforto e comodidade das instalações (em termos da temperatura ambiente, ruído, comodidade das camas, estado de conservação das instalações, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Protecção da privacidade na sala de recobro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

O suporte tecnológico e físico (equipamento clínico/mobiliário) existente é moderno e actual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

O espaço físico é agradável (enfermarias, vestiários,sala de estar, WC's)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Os documentos oficiais/material informativo têm uma imagem moderna e agradável	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Cortesia/Empatia	Num serviço ideal					No serviço da UCA-CHTV				
-------------------------	--------------------------	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	--	--

Sou tratado de forma atenciosa e delicada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sinto que sou atendido de forma semelhante aos outros utentes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

É fácil notar o interesse dos funcionários, que tudo fazem para resolver as questões que lhes são apresentadas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Os funcionários estão bem informados e capacitados para satisfazer as necessidades dos utentes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Qualquer problema/reclamação merece toda a atenção da equipa do internamento	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Qualquer problema/reclamação merece toda a atenção da equipa do internamento	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

A resolução dos problemas/reclamações é rápida e atempada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Compreensão do utente	Num serviço ideal						No serviço da UCA-CHTV				
Sinto que o serviço atende às sugestões dadas pelos utentes	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
O serviço dá-me a oportunidade de expressar a minha opinião sobre o seu funcionamento	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Existem mecanismos formalmente instituídos para recolher a minha opinião sobre o serviço	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
O serviço oferecido é flexível de forma a atender às especificidades / patologias dos diferentes utentes	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Fiabilidade	Num serviço ideal						No serviço da UCA-CHTV				
Os vários serviços prestados não apresentam erros	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
As informações dadas pelo pessoal do serviço são claras	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Existe preocupação do serviço para que eu saiba o que esperar na prestação daquele serviço/cuidado médico	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Acessibilidade	Num serviço ideal						No serviço da UCA-CHTV				
Os meus acompanhantes chegam facilmente ao meu encontro e os seguranças são prestáveis.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
O espaço é acessível a pessoas com mobilidade reduzida (deficientes, idosos)	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
A localização do serviço é adequada ao tipo de serviço prestado	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

V PARTE. Processo de Alta

Em relação ao processo de alta, como classificaria a informação disponibilizada em termos de cuidados e práticas a seguir em casa:

Muito má	Má	Nem boa/nem má	Boa	Muito Boa

VI PARTE. Informação Pós cirurgia

Aquando do processo de alta foi-lhe dada alguma informação sobre a pessoa a contactar na UCA/CHTV em caso de necessidade de voltar ao hospital?

SIM	Não

VII PARTE. Pessoal

Tendo em conta o seu tratamento como classifica o desempenho dos seguintes profissionais de saúde em relação:(Escala: 1 muito mau e 5 muito bom)	Médicos	Enfermeiros	Auxiliares	Administrativos
À informação clínica prestada				
Ao desempenho das funções				
À atenção e disponibilidade demonstrada				
À competência e profissionalismo				
À rapidez de resposta				
À simpatia/ cortesia				

VIII PARTE. Imagem

Vou-lhe ler umas afirmações sobre a UCA/ CHTV. Para cada uma, indique por favor em que medida concorda ou discorda:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A UCA/CHTV é uma unidade de confiança					
A UCA/CHTV é uma unidade experiente					
A UCA/CHTV preocupa-se com os seus utentes					
A UCA/CHTV é uma unidade moderna					
A UCA/CHTV é uma unidade com bons médicos					
A UCA/CHTV é uma unidade com bons enfermeiros					
A UCA/CHTV é uma unidade com bons auxiliares de acção médica					
A UCA/CHTV é uma unidade com bons administrativos					
A UCA/CHTV é uma unidade de referência/exemplo de Hospital					

IX PARTE. Realização de expectativas

Tendo em conta as expectativas que tinha relativamente à UCA/CHTV e a sua experiência com o serviço de cirurgia de ambulatório no CHTV, até que ponto considera que esta realizou as suas expectativas?

Muito menos que o esperado	Menos que o esperado	O esperado	Mais que o esperado	Muito mais que o esperado

X PARTE . Lealdade

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer Hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher o CHTV na próxima vez que tivesse de ser operado(a)?

Utilize a escala onde 1 significa "muito improvável" e 10 significa "muito provável".

Muito improvável	Improvável	Indiferente	Provável	Muito Provável

XI PARTE. Recomendação

Se um familiar, amigo ou colega tivesse de recorrer a um Hospital qual a probabilidade de recomendar o CHTV?

Utilize a escala onde 1 significa "muito improvável" e 10 significa "muito provável".

Muito improvável	Improvável	Indiferente	Provável	Muito Provável

XII PARTE. Satisfação global

Considerando toda a sua experiência com o serviço de cirurgia de ambulatório no HSA, qualé o seu grau de satisfação?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

XIII PARTE. Tem alguma sugestão para a melhoria do serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHTV

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração

