

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Fatores críticos de sucesso para projetos de cuidado centrado no paciente em organizações públicas de saúde na Grande Lisboa**

Ana Lúcia dos Santos Ferreira

Mestrado em Gestão Aplicada

Orientadores:

Professor Doutor Leandro Luís Ferreira Pereira, Professor Auxiliar,  
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral,  
ISCTE Business School

novembro, 2022



BUSINESS  
SCHOOL

---

**Fatores críticos de sucesso para projetos de cuidado centrado no paciente em organizações públicas de saúde na Grande Lisboa**

Ana Lúcia dos Santos Ferreira

Mestrado em Gestão Aplicada

Orientadores:

Professor Doutor Leandro Luís Ferreira Pereira, Professor Auxiliar,  
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral,  
ISCTE Business School

novembro, 2022





## **RESUMO**

O cuidado centrado no paciente (CCP) vem sendo enquadrado como próxima etapa na evolução da prestação de cuidados. Apesar de ser difícil de precisar em que extensão as práticas de CCP são hoje adotadas, os dados apontam no sentido de uma lenta adesão, difícil de crer face aos benefícios que o CCP pode trazer às organizações, aos profissionais e aos pacientes. Apuraram-se desafios que podem explicar a paulatina adoção do CCP através de uma revisão da literatura científica dos últimos anos. Complementou-se a revisão com um questionário feito a 52 profissionais de organizações de saúde, no sentido de apurar causalidades e tendências entre fatores exógenos, organizacionais e pessoais que sejam fatores ou impedimentos à sua implementação. Concluiu-se que a implementação do CCP é complexa, multidimensional, pode assumir formas nem sempre consensuais e carece de reflexões sobre aspectos que permanecem mal entendidos, assim como de estruturas que a encorajem e facilitem.

**Palavras-chave:** cuidado centrado no paciente, barreiras, facilitadores, implementação, projetos, questionário

**Classificação JEL:** I2, I19

## **ABSTRACT**

Patient-centered care (PCC) has been framed as the next step in the evolution of healthcare provision. Although it is difficult to stipulate the extent to which PCC practices are currently adopted, the data available points towards a slow adoption, which foregoes the benefits that PCC can bring to organizations, professionals and patients alike. Some of the challenges that may explain the slow adoption of PCC were identified through a review of recent scientific literature. The review was complemented with a questionnaire distributed to 52 healthcare professionals, in order to determine causalities and trends between exogenous, organizational and individual dimensions that can constitute barriers or facilitators to the implementation of PCC. It was found that the implementation of the PCC is complex, multidimensional, can take on forms that are not always consensual, and lacks further study on aspects that remain poorly understood, as well as structures that encourage and facilitate it.

**Keywords:** patient-centered care, barriers, facilitators, implementation, projects, survey

**JEL Classification:** I2, I19

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1. A ADOÇÃO DO CCP – UMA VISÃO ESTATÍSTICA.....	3
1.2. AS BARREIRAS À ADOÇÃO DO CCP.....	4
1.2.1. VISÃO GERAL.....	4
1.2.2. ÂMBITOS.....	6
1.2.3. INDICADORES.....	7
1.3. OS FACILITADORES À ADOÇÃO DO CCP.....	8
1.4. MODELO CONCETUAL.....	10
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGIA</b> .....	15
2.1. QUESTIONÁRIO.....	16
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	20
3.1. VISÃO GERAL.....	22
3.2. IMPACTO.....	24
<b>CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	26
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	29
<b>ANEXOS</b> .....	34
ANEXO A: Matriz de proximidade - Correlação entre perguntas.....	34
ANEXO B: Matriz de proximidade - Correlação entre importâncias.....	35
ANEXO C: Distribuição das respostas por género.....	37
ANEXO D: Distribuição das respostas por local de trabalho.....	38
ANEXO E: Distribuição das respostas por anos de experiência.....	39
ANEXO F: Distribuição das respostas por profissão.....	40
ANEXO G: Nº de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta.....	41
ANEXO H: Nº de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta para a importância.....	42

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 3.1:</b> Gráfico da distribuição da amostra por géneros .....	20
<b>Figura 3.2:</b> Gráfico da distribuição da amostra por anos de experiência.....	20
<b>Figura 3.3:</b> Gráfico da distribuição da amostra por local de trabalho.....	20
<b>Figura 3.4:</b> Gráfico da distribuição da amostra por profissões .....	20
<b>Figura 3.5:</b> Gráfico da distribuição de resultados à pergunta “Está familiarizado com o conceito de CCP?” .....	24
<b>Figura 3.6:</b> Gráfico da distribuição de resultados à pergunta “Na realidade onde está inserido, como avalia a prática de CCP?” .....	24

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.1:</b> Quadro concetual de resumo dos temas abordados e problemas de pesquisa futura nos principais artigos da literatura .....	11
<b>Quadro 2.1:</b> Distribuição de perguntas por níveis do CCP.....	19
<b>Quadro 3.3:</b> Estatísticas de confiabilidade – Margem de erro.....	21
<b>Quadro 3.4:</b> Estatísticas – Amostra, Média, Mediana, Moda e Desvio.....	21
<b>Quadro A.1:</b> Matriz de correlação de perguntas .....	34
<b>Quadro A.2:</b> Matriz de correlação de importâncias.....	35
<b>Quadro A.3:</b> Distribuição das respostas por género .....	37
<b>Quadro A.4:</b> Distribuição das respostas por local de trabalho.....	38
<b>Quadro A.5:</b> Distribuição das respostas por anos de experiência.....	39
<b>Quadro A.6:</b> Distribuição das respostas por profissão.....	40
<b>Quadro A.7:</b> N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta.....	41
<b>Quadro A.8:</b> N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta para a importância. 42	



# INTRODUÇÃO

O cuidado do paciente tipicamente prestado em serviços de saúde incide, sobretudo, num modelo de tratamento mais ou menos padronizado, que desconsidera ou menoriza o paciente como ator com especificidades sociais, psicológicas e biológicas próprias e com papel e voz ativa nos processos de decisão de tratamento. Em contraste, o cuidado centrado no paciente ou pessoa (CCP) procura reabilitar e reintegrar o paciente ou pessoa como agente ativo, influenciador e tomador de decisões nos processos clínicos, reconhecendo-lhe capacidade para dialogar, decidir e agir informadamente, de forma concertada e relativamente igualitária, com os profissionais de saúde (Leplege et al., 2007; Morgan et al. 2012; Eklund et al, 2018).

O CCP tem vindo a suprir ao longo aproximadamente do último século a abordagem tradicional que posiciona o paciente como figura secundária em importância, subordinada ao seu próprio quadro clínico e à experiência e vontade mais ou menos unilateral dos profissionais de saúde, tradicionalmente supraordenados a prescrever e efetuar tratamentos numa visão paternalista e coletivista do paciente, pouco sabatina no diálogo, e parcamente democrática no consenso e intervenção do paciente em todo o processo em que navega (Davis et al. 2005; Epstein et al., 2011; Filler et al. 2020).

Em abono da sua prática, para além das reflexões morais, éticas, cívicas, e todas as outras com que se debate, o CCP está também associado a indicadores que sugerem que a sua adoção resulta em extensas melhorias no tratamento de pacientes, não só medidas na sua satisfação com os serviços que lhes são prestados no geral, como também nos resultados clínicos dos tratamentos a que são submetidos. A isto também se agregam vantagens reconhecidas para a prática e satisfação dos profissionais de saúde, e até para as próprias unidades de saúde na sempre importante, e aliciante, ótica de negócio (Bechtel et al., 2010; Ogden et al. 2017; Detollenaere et al., 2018).

Apesar das evidências positivamente benéficas a todas as partes a que dizem respeito, e também de todo o movimento que tem vindo a valorizar e requalificar o CCP como próximo passo natural na evolução dos serviços de prestação de cuidados de saúde, a verdade é que a sua adoção e implementação aparentam vir sendo relativamente paulatinas, o que se tem potencialmente traduzido em prejuízo para os prestadores de cuidados e para as sociedades modernas, considerada a centralidade da saúde na vida humana. Portanto, o problema é que o

consenso teórico, comprovado pela sua prática, não se tem traduzido na explosão que seria de crer (Elwyn et al., 2014; Barry et al., 2012).

Propõe-se com este trabalho entender alargadamente, numa macrovisão do tema, que barreiras se põem à adoção ou implementação do CCP, avaliar a natureza das soluções que têm sido empregues para as contornar, por fim prestando contributo no sentido de apontar caminhos que facilitem o desdobrar das dificuldades encontradas que se opõem à sua disseminação.

Primeiramente será feita uma sucinta revisão dos conceitos e ideias principais da literatura relevante aos desafios do CCP. Seguidamente será detalhada a metodologia que foi empregue para pesquisar e tratar a informação colhida na revisão e através de um questionário dirigido a profissionais de saúde, seguida de uma análise dos dados produzidos com a recolha. Por fim, proceder-se-á à discussão e apresentação dos resultados do trabalho, finalizando com a respetiva discussão e as suas limitações.

# CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1. A ADOÇÃO DO CCP – UMA VISÃO ESTATÍSTICA

É difícil de precisar em que extensão as práticas de CCP são adotadas em serviços de saúde à data de hoje. Apesar de pontuais afirmações vagamente quantitativas e pouco fundadas sobre a sua adoção, sempre no sentido da fraca adesão, poucos têm sido os estudos publicados que se têm debruçado concretamente sobre o assunto; entre eles, os resultados não deixam de ser pouco esclarecedores. Também não é claro haver alguma entidade ou instituição, pública ou privada, que mantenha métricas centralizadas e elucidativas à generalização das práticas, realizadas ou intencionadas, de CCP em contextos clínicos e hospitalares, quer a nível global, quer a nível regional (Tseng et al., 2016).

Recentemente, em 2021 um estudo procurou apurar a prevalência do conceito de CCP no discurso da literatura científica e generalista europeia, relacionando ocorrências a países e sistemas de saúde. Concluiu-se que a consciência de conceitos de CCP é mais frequentemente encontrada no Reino Unido (40%), seguida imediatamente, e diga-se também que longinquamente, pela Suécia (19%), *idem* Países Baixos (7%), etc., seguindo a forte tendência de rápido decréscimo das prevalências até valores estatisticamente insignificantes (<1%) (Rosengren et al., 2021).

À falta de fontes autoritárias, podem-se procurar, de forma mais ou menos objetiva, os motivos que têm impedido que a implementação do CCP se generalize mais nos serviços de saúde. Apesar de não haver estudos que procurem explicitamente elucidar o fenómeno, parece haver algum consenso implícito na literatura que aponta no sentido de que isso se possa dever, muito genericamente, a dificuldades de natureza material e imaterial diversa que desencorajam a sua implementação.

Fica claro, seja dito, que a maior parte da literatura que tem sido publicada sobre o CCP se dedica a analisar e sugerir soluções para precisamente localizar ou transpor as adversidades que andam casadas com o conceito, o que corrobora a noção proposta de que as barreiras transparecem, pelo menos em parte, a resposta ao problema.

## 1.2. AS BARREIRAS À ADOÇÃO DO CCP

### 1.2.1. VISÃO GERAL

Seja como for, as entidades capacitadas a adotar o CCP têm frequentemente mais facilidade em reconhecer as vantagens que a sua adoção pode teoricamente trazer do que em saber como implementá-lo na prática real. Segue com certa lógica que se o CCP é indissociável a vastos benefícios, sustentados pela prática comprovada na literatura de muitas décadas, e a sua adoção deixa ainda a desejar, então se encontrarão fundamentos para a menor escala da adoção nas barreiras e dificuldades que se interpõem à sua implementação (Stollenwerk et al., 2019).

Podem citar-se, por um lado, a falta de visão consolidada do que a prática do CCP deve traduzir, e, por outro, de modelos e de diretrizes que ajudem a definir e a gerir agendas, protocolos e processos, não só de índole terrena e prática, mas também, num plano mais alargado, de cariz estratégico e de transição. Isto deve-se a uma multiplicidade de fatores de fundo teórico, logístico e humano, entre os quais, logo de entrada, a própria falta de consenso sobre uma definição formal e universal de CCP que vá além do sentido lato (Morgan et al., 2012; AGSEP, 2015).

Apesar do CCP reunir um núcleo duro mais ou menos consensual de fios condutores que o definem, continua a estar envolvido na contenção de opiniões divergentes quanto ao que engloba ou no que se traduzem, realmente, as preocupações que evoca. Portanto, entende-se que o problema basilar do CCP é o de que é, essencialmente, um conceito vagamente descritivo; a falta de entendimento do que deve prescrever a todos os níveis, inclusive de relações pessoais e de organização, leva não só a diferentes leituras sobre a forma que deve assumir, como a uma amplitude sem-fim de possíveis métodos e mecanismos de implementação (Ryan, 2021).

O CCP pode ser encarado como um espectro que adquire maiores ou menores foros tanto quanto maiores ou menores forem as cedências às características, fatores e liberdades individuais do paciente nos processos de cuidado, assim como a concessões dadas a considerações externas que auxiliem a sua jornada. De facto, o conceito tem sido analisado à luz de pontos de vista divergentes e nem sempre consensuais, sobretudo nos últimos anos. Notavelmente, o cuidado centrado na pessoa, que só recentemente e controversamente tem ganho forma mais ou menos definitiva e mais ou menos independente do cuidado centrado no paciente, dá especial foco ao tratamento holístico e individualizado, pesando especialmente os fatores externos ao seu quadro

clínico no processo e plano de tratamento, numa ótica diferenciada que sublinha e sobrevaloriza vincadamente o tratamento e a deferência ao paciente como ser humano (*pessoa*) antes da sua dimensão de paciente (Ogden et al., 2017; Hower et al., 2019).

Sucedem naturalmente a esta fragmentação ideológica problemas ou desafios de outra ordem em catadupa, que resultam da necessidade de construir ou reconstruir algo com base num conceito que não se sabe bem o que é nem em que assenta, tais como a reunião de consenso entre todos os atores sobre definições e soluções, a forma como se deve gerir relações interpessoais, etc. Para além das questões de consenso, as dificuldades organizacionais de definição e estratégicas dependem, em comum, de um processo de descoberta que apure os aspetos e dimensões do CCP e qual a sua relevância nos contextos e subcontextos da prestação de cuidados. Esta descoberta pode ser enviesada por interesses particulares dos vários *stakeholders* que tomam parte na prestação de cuidados. Apesar de se encontrarem estudos científicos que procuram dar luz a estas preocupações, os próprios reconhecem que muito há ainda por se fazer (Bechtel et al., 2010; Stollenwerk et al., 2019).

Face a esta conjuntura nebulosa, a complexidade da gestão de todo o processo de apuração de consenso e de formação um plano estratégico e prático, assim como a falta de clarividência sobre o resultado final que pode advir de todo o esforço, pode assoberbar os prestadores de cuidados de saúde. Além da própria teoria e implementação, sobejam ainda dificuldades em estabelecer protocolos e processos que permitam garantir e medir objetivamente o impacto e a qualidade do CCP nos serviços prestados, assim como as suas mais-valias.

Pode-se, enfim, afirmar que na generalidade falta um plano e uma visão claros a todos os níveis que incentivem a adoção do CCP, não ajudada pela quase inexistência de incentivos governamentais e institucionais externos que também estimulem nesse sentido (Ekman et al. 2022). Apesar da existência de vários modelos que procuram dar mais ou menos resposta a todas as questões ou apenas a sub-questões da problemática, há ainda uma manifesta falta de padronização de critérios e metas objetivas, assim como de serviços externos que apoiem a indústria da saúde em toda a transição e manutenção do CCP.

### 1.2.2. ÂMBITOS

De forma a sistematizar o conhecimento para que possa ser organizado e trabalhado, a literatura que aborda o CCP numa ótica universalista divide e subdivide, muito naturalmente até, as diferentes camadas estruturais e capacitativas que aludem o CCP de diversas, mas coincidentes e sobrepostas, formas. Procura esta sistematização não só isolar responsabilidades, como também mapear e estudar a forma como diferentes atores e fatores determinantes agem na sua individualidade e se interrelacionam no seu coletivo (Bertakis et al., 2011; Bokhour et al., 2018; Taylor et al., 2015).

No contexto da falta de estudos sobre condicionantes externas às organizações e do que dentro delas transpira, assim se podem encontrar definidos 3 níveis alargados de abstração para categorizar facilitadores e barreiras à bem-aventurada implementação do CCP, nomeadamente os níveis macro (i.e. estruturas, finanças, leis e regulamentos), meso (i.e. organização, cuidado, cultura, ambiente, pessoal, infraestrutura) e micro (i.e. relações, capacidades, características pessoais). Em boa verdade, estes níveis, que também se podem ainda mais subdividir *ad hoc*, tudo abrangem, e facilmente se relacionam a outros modelos de domínios que vão espalhados pela literatura. Vendo o que tratam, não seria incorreto designar estes níveis por camada extra-organizacional, que é respeitante a fatores circunstanciais e externos às organizações; organizacional, respeitante ao funcionamento da organização como corpo vivo; e pessoal, diretamente respeitante à esfera humana do CCP (Ekman et al., 2022).

Não é, além disso, incorreto afirmar que os níveis podem também ser conceptualizados pela sua distância ao paciente, sendo que o poder de influência para implementar mudanças promotoras do CCP se move sobretudo de fora (nível mais abrangente, mais distante do paciente) para dentro (nível menos abrangente, envolvente do paciente). Isto sugere uma hierarquia natural e atribui maior responsabilidade aos níveis superiores na adoção do CCP (Hower et al., 2019).

Lançando olho a um cruzamento dos vários levantamentos de circunstâncias e comportamentos de importância ao CCP, observa-se que muito geralmente se limitam a avaliar em isolamento potenciais fatores individuais positivos ou negativos à implementação e prática do CCP (i.e. a capacidade e vontade de iniciativa do paciente), banalmente agregados, de forma explícita ou tão somente implícita, a algum ou a vários aspetos de um nível ou de uma camada de abstração,

ou seja, de um âmbito. A sua categorização, ou empacotar, é demais útil, senão mesmo necessária, a uma visão geral constituída para encarar e gerir o CCP como fenómeno cultural e processual, e lidar com os pequenos fatores de forma agrupada, eficaz e indispersa, caminhando para a formulação de um panorama do problema no seu todo.

### 1.2.3. INDICADORES

Fazendo serviço da útil categorização de âmbitos, procuram-se e encontram-se tendências gerais onde há forte consenso entre os estudiosos. Ora, como não é preocupação do presente trabalho analisar na sua particularidade os infínitos aspetos políticos, comportamentais, etc., que figuram contra-atores à implementação do CCP, bastará categorizá-los pela sua natureza para que se faça alguma luz sobre os focos principais de dificuldade à implementação do CCP que interessa saber. Por outras palavras, vejam-se os contornos dos pormenores para se identificar os desafios.

Assim, encontram-se limitações ao nível exógeno ao sistema de saúde, que podem principalmente ser de regulamentação (i.e. leis) ou valorização (i.e. incentivos, serviços). As limitações respeitantes ao nível das organizações podem-se relacionar com recursos (i.e. financiamento, pessoal, infraestrutura) ou com a sua organização ou orquestração propriamente dita (i.e. processos, cultura). De forma semelhante se adivinham limitações pessoais que podem ser relacionadas com o seu estado (i.e. saúde, bem-estar, capacidade, conhecimento) ou comportamentais (i.e. relacionamento, comunicação, iniciativa, participação). Estes focos relacionam-se entre si em interações complexas e difíceis de antever e analisar, promovendo ou limitando a implementação do CCP (Vennedey, 2020).

O primeiro nível é, decerto, o mais esquecido. Este nível trata os influenciadores externos ao sistema de saúde, que de forma direta ou indireta o modulam, incluindo, por exemplo, políticas, reguladores ou auditorias. Há quem sugira que complexidade burocrática, falta de transparência na regulamentação e falta de incentivos governamentais penalizam o CCP. Nota-se ainda a falta de serviços externos que auxiliem a implementação do CCP, tanto a nível de aconselhamento estratégico, como de prestação de serviços de auditoria, de formação e de outra infraestrutura ou recursos auxiliares (i.e. software).

O segundo nível dá contornos que incidem sobretudo sobre fatores de planeamento e gestão de recursos. A secundarização de recursos humanos e falta de investimento estrutural têm efeitos nefastos na prestação de CCP. Independentemente, ou aliado a esses fatores, também há a falta de políticas internas e a má gestão de práticas cuidadoras, que são apontadas como motivos também eles disruptores. Há ainda processos internos que não devem ser descurados para evitar impactar negativamente o CCP ou para lhe dar complemento e assegurar a sua continuidade e melhoria. Pode-se argumentar que é este o nível que mais pode veicular a uma maior aceção do CCP, sendo ele que centraliza em si ao nível da entidade prestadora de cuidados a iniciativa, a decisão e o poder para se fazer (Taylor et al., 2015; Nkrumah et al. 2019).

O terceiro nível, porventura o mais exaustivamente analisado entre todos, por hipótese também de ser o mais fácil de confrontar, é o núcleo de todo o CCP, que afunila em torno do paciente ou pessoa a experiência reunida dos restantes níveis. Muitos fatores individuais que podem constituir barreira estão identificados, contudo, reside ainda a sua principal dificuldade em tratar a dependência nos restantes níveis para assegurar o seu regular funcionamento. Sem uma visão e uma direção clara da liderança, os prestadores são impedidos nas suas funções. Sem um investimento e uma alocação de recursos e processos necessários, também os prestadores são prejudicados no seu desempenho e os pacientes roubados de melhorias na qualidade do seu cuidado. Ressalva-se que compete, portanto, aos agentes de segundo nível coordenar os seus recursos, talvez sobretudo humanos, no sentido da prestação de um bom CCP (Hower et al., 2019).

### **1.3. OS FACILITADORES À ADOÇÃO DO CCP**

Identificar reiteradamente e por si só os desafios da implementação do CCP seria pouco útil se não se avançassem soluções. As soluções permeiam um pouco por todos os níveis do CCP, podendo consistir tanto em estratégias organizacionais complexas, ou tampouco simples guiões conversacionais que procuram sensibilizar e aconselhar os profissionais que têm contacto direto com o paciente a aspetos fulcrais do comportamento e relacionamento humano que beneficiem o cuidado por eles prestado.

Para servir ao mais baixo nível, devem ser implementados mecanismos de controlo e de qualidade que permitam monitorizar a qualidade dos serviços de CCP prestados, permitindo



agir proactivamente no esclarecimento, por exemplo, dos profissionais, e na implementação de melhorias (Bechtel et al., 2010).

Ao mais alto nível das organizações, modelos de implementação sistemática, que aderecem ou procurem adereçar mais ou menos todas as preocupações e desafios inerentes à implementação do CCP, no sentido de cima para baixo, mostram promessas interessantes. A implementação estruturada requer ainda, no entanto, capacidade para coordenar toda a preparação, planeamento, realização e continuidade de forma mais ou menos autónoma, potencialmente capitulada na formação e manutenção de comités centrais que reúnem consensos, tomam decisões e produzem diretivas. A complexidade e os custos envolvidos em todo este processo, assim como o tempo até à entrega de resultados, requer um grande investimento e compromisso da parte da organização, que as poderá deter no seu bem-intencionado desígnio de melhorar os seus serviços, ou pelo menos levá-las a uma implementação menos que o ideal, condenada pela falta de uma liderança e visão consolidada.

Há ainda um espírito de empreendedorismo e de experimentação anexado ao investimento no CCP pelas organizações, que não poucas vezes o farão sem provas já dadas no tema e sem expectativas realistas de resultados, a que não assiste a inexistência de iniciativas externas que guiem, aconselhem e auxiliem todo o processo complexo de implementação. Os esforços de implementação devem por isso ser formulados por conceptualizações, missões, objetivos e atividades claras, com participação de todos os profissionais prestadores de cuidados de saúde, que devem estar presentes nos esforços reunidos de implementação de forma ativa, num reflexo, aliás, de todo o princípio fundamental do CCP (Stollenwerk et al., 2019; Rosengren et al., 2021).

Deve-se referir a ambiguidade de alguns facilitadores, que nem sempre claramente o são. O que para uns constitui uma panaceia para algum problema adverso ao CCP, a outros afronta como barreira. Bom exemplo disso é a partilha de informação entre médicos e entre sistemas de saúde, que pontualmente se encontra sugerida na intenção de simplificar os processos de saúde e melhorar os aspetos colaborativos entre profissionais; nem todos os pacientes se sentem confortáveis com o acesso desenfreado aos seus dados pessoais. Há que ter em vista a sensibilidade para o cuidado individual, não só no consultório, por assim dizer, mas também ao nível dos processos e políticas das organizações.

## 1.4. MODELO CONCEPTUAL

Em suma, revendo a literatura científica dos últimos anos que trata questões de implementação e de avaliação do CCP, vemos os contornos de dificuldades divisíveis em pelo menos três naturezas principais, às quais, apesar de diversas pistas e dados que atestam dar direção, faltam ainda visões claras no ponto de vista prático:

- dificuldades de definição: abordam o que é o CCP na teoria e na prática, no sentido de uma visão consensual prestável ao modelo de implementação;
- dificuldades estratégicas: abordam o que implementar, onde implementar, como implementar e quando implementar;
- dificuldades de implementação: abordam como formar profissionais e pacientes, como garantir protocolos, processos, qualidade de serviços, etc.

Há uma grande sensibilidade acadêmica para os problemas de relacionamento e comportamento dos prestadores de cuidados e dos pacientes, cujos parâmetros, independentemente de qualquer espaço de melhorias e de aperfeiçoados mecanismos de estudo e de controle que se possam procurar, estão relativamente bem apurados e estudados. Por comparação, os aspetos da intervenção da organização e dos atores externos no CCP, exceto nos pontos de intersecção habitados pelo próprio paciente, estão menos explorados e deixam ainda sobejo espaço por trilhar. Ou seja, o contexto individual está mais estudado do que o coletivo.

A qualidade dos indicadores recolhidos e os problemas de viés continuam bem presentes na literatura. Falta ainda um grande estudo sobre a problemática do CCP que procure maximizar a qualidade objetiva dos seus instrumentos e capturar maiores amostras representativas.

Não estão ainda avançadas soluções claras que sirvam de modelo a transformar todos os facilitadores, que por vezes são descritos nos mais largos traços, obscurecendo a complexidade real do chavão que os define, em ações ou mecanismos práticos com eficácia comprovada.

Continua de forma geral por se aferir o impacto ou importância isolada das barreiras e facilitadores na implementação e prestação do CCP, não sendo evidente às organizações, e sobretudo aos líderes e gestores, onde se encontram os fatores de mais e de menos valia ao investimento e ao controle da qualidade do CCP. Imagina-se que a existência de bons

indicadores sobre impacto ajudariam, potencialmente, também a ultrapassar alguns problemas de consenso sobre a definição e prática do CCP.

Sublinha-se a inadequada informação que há dando parecer sobre as causalidades emergentes da interação de diferentes âmbitos e fatores, assim como do impacto ou interferência dessa interação no CCP, de forma a se definirem prioridades, estratégias e mecanismos para lidar com as incongruências que daí resultam e amplificar os efeitos positivos. Também não é claro o papel que a tecnologia poderá vir a ter a dar apoio ao CCP.

Estão abertas oportunidades à criação de leis e regulamentos que reconheçam e promovam a importância do CCP. Faltam ainda corpos centrais, que formem consenso e definam normas sobre o CCP, que ajudem a moldar uma visão central consolidada e normalizada do conceito, e facilitem a sua difusão e implementação. As indústrias periféricas que servem os sistemas de saúde não tiraram ainda partido da oportunidade antecipada de criar serviços de valor para a implementação do CCP, através de iniciativas de consultoria, formação, software ou auditoria, por exemplo.

Por fim, pode-se afirmar que estão reunidas as condições e uma consciência do CCP que anteveem a possibilidade e crescente balanço de um nascente fenómeno global que venha modificar, pouco a pouco, o paradigma dos cuidados de saúde, bastando para isso que haja um investimento e vontade dos reguladores, indústria e sociedade melhor concertados num esforço conjunto de sistematização do conceito.

Resumem-se os temas abordados pelo que se consideraram ser os principais artigos da literatura que foi consultada, assim como os problemas que carecem de pesquisa futura, segundo a própria literatura, no quadro concetual que segue.

**Quadro 1.1:** Quadro concetual de resumo dos temas abordados e problemas de pesquisa futura nos principais artigos da literatura

<b>Referência (autor, ano)</b>	<b>Principais temas (pesquisa atual)</b>	<b>Principais problemas (pesquisa futura)</b>
Feldthusen et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição</li><li>• Indicadores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relação entre práticas e resultados</li><li>• Mapeamento detalhado da literatura</li></ul>

<b>Referência (autor, ano)</b>	<b>Principais temas (pesquisa atual)</b>	<b>Principais problemas (pesquisa futura)</b>
Ekman et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores</li> <li>• Perspetivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de primeiro impacto do paciente com cuidado e resultados</li> <li>• Validade de resultados noutros contextos</li> <li>• Amostragem alargada</li> </ul>
Kwame et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Pacientes</li> <li>• Profissionais</li> </ul>	
Ryan, 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação</li> <li>• Facilitadores</li> <li>• Políticas e práticas</li> <li>• Enfermagem</li> </ul>	
Burgers et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Medição</li> <li>• Resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição de efeitos, intervenções e medidas</li> <li>• Heterogeneidade em intervenções e medidas de resultados</li> <li>• Uniformidade de definições</li> </ul>
Venedey et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Perspetivas</li> <li>• Pacientes</li> <li>• Implementação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentação de facilitadores e barreiras</li> <li>• Importância de facilitadores e barreiras</li> <li>• Melhorias na perspetiva do próprio paciente</li> </ul>
Santana et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição</li> <li>• Modelos</li> <li>• Indicadores</li> <li>• Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de validação do modelo</li> </ul>
Filler et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo alargado a outros contextos culturais</li> </ul>
Hower et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Organizações</li> <li>• Perspetivas</li> <li>• Líderes</li> <li>• Implementação</li> <li>• Determinantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores determinantes em diferentes contextos</li> <li>• Perspetivas de diversos níveis hierárquicos da cadeia de decisão</li> <li>• Dados quantitativos de diferenças sistemáticas de organizações</li> <li>• Fatores determinantes fora da esfera</li> </ul>

<b>Referência (autor, ano)</b>	<b>Principais temas (pesquisa atual)</b>	<b>Principais problemas (pesquisa futura)</b>
		individual e das organizações (i.e. nível macro)
Nkrumah et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação</li> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Organização</li> <li>• Líderes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidência de impacto da organização no cuidado</li> <li>• Amostragem alargada</li> <li>• Metas e atividades</li> </ul>
Stollenwerk et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos</li> <li>• Implementação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação de modelo de implementação</li> </ul>
Doktorchik et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição</li> <li>• Indicadores</li> <li>• Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação de qualidade de indicadores de qualidade</li> <li>• Comparação de indicadores de diferentes contextos</li> </ul>
Diffin et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação</li> <li>• Contexto</li> <li>• Evidência</li> <li>• Patologias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do processo de implementação</li> <li>• Sustentabilidade a longo prazo da facilitação</li> </ul>
Bokhour et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação</li> <li>• Determinantes</li> <li>• Cultura</li> <li>• Organização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridades</li> <li>• Regulação</li> <li>• Impacto de inovações</li> </ul>
Fix et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Perspetivas</li> <li>• Cultura</li> <li>• Profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspetivas de profissionais não familiarizados com o CCP</li> <li>• Perspetivas de pacientes</li> <li>• Estudo aprofundado com profissionais mais afastados de iniciativas de mudança organizacional</li> <li>• Observação de interações entre pacientes e profissionais</li> <li>• Entendimento de CCP na ótica do paciente</li> </ul>
Santana et al, 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Modelos</li> <li>• Implementação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação do modelo conceptual</li> <li>• Ferramentas de medição</li> <li>• Modelos inovadores que incentivem a apoiar e praticar o CCP</li> </ul>

<b>Referência (autor, ano)</b>	<b>Principais temas (pesquisa atual)</b>	<b>Principais problemas (pesquisa futura)</b>
Ogden et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação</li> <li>• Organização</li> <li>• Complexidade</li> <li>• Modelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de modelo a maior amostra</li> <li>• Relação entre afirmações e causas</li> </ul>
Narbutas et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes</li> <li>• Melhores práticas</li> <li>• Implementação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendações além do nível micro</li> <li>• Representação de aspetos do paciente</li> </ul>
Moore et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Contexto</li> <li>• Profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto dos diferentes estados de desenvolvimento e implementação</li> <li>• Entrevistas focadas e objetivas</li> </ul>
Hashim, 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação</li> <li>• Paciente</li> <li>• Perspetivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de treino em comunicação</li> </ul>
Taylor et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Organizações</li> <li>• Líderes</li> <li>• Cultura</li> <li>• Perspetivas</li> <li>• Facilitadores e barreiras</li> <li>• Implementação</li> <li>• Cultura</li> <li>• Líderes</li> <li>• Perspetivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise detalhada da realidade individual de cada organização</li> <li>• Exploração de outros contextos</li> <li>• Importância da perspetiva de gestores</li> </ul>
Berghout et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Dimensões</li> <li>• Profissionais</li> <li>• Perspetivas</li> <li>• Contexto</li> <li>• Importância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspetivas noutros contextos</li> <li>• Validação de importância de dimensões</li> <li>• Relação e impacto entre dimensões</li> <li>• Alargamento da população do estudo</li> <li>• Corroboração das descobertas do estudo</li> </ul>
Constand et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de validação empírica dos modelos</li> </ul>

<b>Referência (autor, ano)</b>	<b>Principais temas (pesquisa atual)</b>	<b>Principais problemas (pesquisa futura)</b>
Entwistle et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Indicadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustentação teórica, empírica e metodológica de várias questões relacionadas a capacidades (identificação, priorização, utilização em diferentes contextos)</li> <li>• Métodos para aferir capacidades (monitorização de qualidade, melhoria)</li> <li>• Relações entre capacidades, saúde, obrigações do sistema de saúde</li> </ul>
Bertakis et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto</li> <li>• Resultados</li> <li>• Comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto nos custos</li> <li>• Replicação noutros contextos</li> <li>• Amostragem alargada a outros contextos</li> </ul>
Meterko et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto</li> <li>• Qualidade</li> <li>• Resultados</li> <li>• Patologias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correlação entre outros indicadores e resultados</li> <li>• Informações sobre qualidade técnica do cuidado no atendimento a pacientes</li> <li>• Impacto da experiência dos pacientes</li> </ul>
Robinson et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Medição</li> <li>• Implementação</li> <li>• Resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa sobre implementação</li> <li>• Identificação de métodos para melhorar comunicação, educação do paciente, decisão conjunta e apoio às necessidades do paciente</li> <li>• Alargar contextos da amostragem</li> </ul>
Leplege et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição</li> <li>• Reabilitação</li> <li>• História</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigação de componentes chave</li> <li>• Operacionalização de componentes chave</li> </ul>

## CAPÍTULO 2: METODOLOGIA

### 2.1. QUESTIONÁRIO

Para elaborar um questionário sobre barreiras do CCP, fez-se uma pesquisa e leitura abrangente da literatura, de forma a dar contornos a uma visão panorâmica do conceito de CCP, dos seus desafios e das suas oportunidades. Reconheceu-se de antemão que se por um lado seria difícil encetar uma amostragem que permitisse cristalizar um entendimento exaustivo do assunto em todas as suas dimensões e especificidades, por outro, hipoteticamente, se alcançaria uma compreensão razoável e atual da problemática no seu todo através de uma abordagem bem planeada. Aceitaram-se as limitações naturais desta base de revisão, já que fosse mais ou menos abalizada não deixaria de inviabilizar os resultados da aplicação do questionário que inspiraria.

Seguindo a metodologia PRISMA, a pesquisa compreendeu a seleção de um conjunto de palavras-chave de busca, que se selecionaram por respetiva associação a cinco facetas predefinidas do domínio com que se procurou alargadamente esclarecer o CCP esquematicamente, desde a sua idealização até à sua concretização, nomeadamente: “conceitos”, “ferramentas”, “implementação”, “resultados” e “perspetivas”. Com esta ideia em mente, tomou-se por base das pesquisas os termos generalistas em inglês “*patient-centered care*”, “*person-centered care*” e “*patient-centric care*”, aos quais se se foram agregando singularmente outras palavras complementares (i.e. “*barriers*”, “*facilitators*”, “*adoption*”), de forma a refinar a amostragem em cada uma das diferentes facetas. A pesquisa limitou-se periodicamente a artigos científicos publicados entre 2005 e 2022, de forma a lidar apenas com a relativa atualidade do domínio. Cada conjunto de palavras-chave foi procurado através da plataforma Google Scholar e os respetivos primeiros 50 resultados de cada busca, feita por critério de ordenação de maior para menor relevância, foram capturados.

Numa fase de exclusão, foram eliminados artigos duplicados, recorrentemente encontrados nos resultados de várias pesquisas feitas segundo os critérios descritos. Foram depois excluídos quaisquer artigos que não fossem *peer-reviewed* e de publicações que não fossem Q1 ou Q2, de forma a maximizar a relevância e fiabilidade das fontes consultadas. Artigos em línguas que não o inglês foram desconsiderados, uma vez que obscureceriam a acessibilidade e visibilidade da informação a um público global.



Os *abstracts* da amostra assim tratada foram lidos, seguindo que após essa leitura os artigos de cada faceta foram cotados por ordem de relevância, segundo critérios pessoais no sentido de apurar a aptidão de cada artigo para colaborar numa visão alargada da faceta a que se mapeara. Uma vez feito esse trabalho, selecionaram-se apenas os primeiros 10 resultados de cada faceta, em detrimento dos restantes. Finalmente, os 50 artigos eleitos foram integralmente lidos no seu detalhe e foram tiradas notas estruturadas e informativas sobre cada um deles, e por vezes feito um apanhado sobre o todo, para auxiliar a formação de um mapa de conhecimento organizado e compreensivo, que serviu de base à revisão de literatura.

Compôs-se então um questionário com base na abstração de condicionantes à implementação do CCP em níveis macro, meso e micro. Estes níveis foram mais decompostos individualmente em dois âmbitos qualitativos, nomeadamente o dos seus recursos ou qualidades, e o da respetiva utilização. Pretendeu-se com esta organização não só atingir algum equilíbrio na distribuição de perguntas do questionário pelos vários níveis e âmbitos, assim como preparar uma forma útil e visual de mapeamento de resultados, de forma a identificar os pontos de maior e menor incidência numa posterior análise de resultados.

Uma vez definida esta organização, associado a cada quadrante procuraram-se 4 perguntas generalistas para avaliar a realidade de trabalho dos inquiridos e o impacto da mesma realidade em aspetos diversos. De forma complementar, anexaram-se mais 8 perguntas (4 entre os níveis macro-meso e 4 entre os níveis meso-micro) de forma a esmiuçar o relacionamento e impacto entre níveis. Por fim, às questões principais do questionário, anexaram-se outras precedentes de âmbito geral, utilizadas apenas para caracterizar a amostra (género, profissão, experiência e local de trabalho) e melhor correlacioná-la com os resultados.

Cada pergunta fez-se acompanhar por dois tipos de respostas únicas e obrigatórias: uma a resposta direta à pergunta, numa escala de Likert com 7 opções de resposta (de discordo absolutamente até concordo absolutamente), e outra a resposta à perceção de impacto do assunto questionado, que foi avaliada também numa escala de Likert com 5 opções de resposta (de nenhuma até muita). Adicionalmente foi também questionado o grau de familiarização com o conceito do CCP, numa escala de Likert com 5 opções de resposta (de nada até muito) e a avaliação da prática do CCP na realidade da própria organização, numa escala de 7 opções de

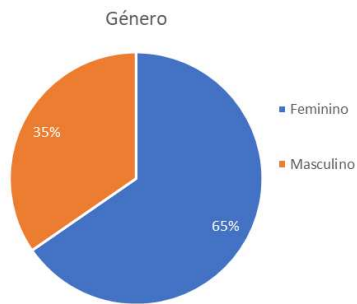
resposta (de totalmente não implementado até totalmente implementado). (Vagias, W. M., 2006).

**Quadro 2.1:** Distribuição de perguntas por níveis do CCP

MACRO		↔	MESO		↔	MICRO	
Regulamentação	Valorização		Recursos	Processos		Estado	Comportamento
Q1. Há suficientes leis, políticas ou regulamentos externos às organizações de saúde (i.e. governamentais) que incentivam a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos pacientes.	Q5. Há suficientes apoios externos às organizações de saúde (i.e. governamentais) no sentido de melhorar a prestação de cuidados de saúde.	Q9. A minha organização facilita a colaboração com outras organizações de saúde.	Q13. Os espaços da organização de saúde são adequados às necessidades de quem os visita e neles trabalha (espaço, conforto, acessos, etc.).	Q17. A minha organização procura melhorar continuamente as suas políticas, processos e serviços.	Q21. A minha organização de saúde envolve regularmente os profissionais ou pacientes em decisões que afetem o seu trabalho e cultura.	Q25. Estou satisfeito/a com as minhas condições de trabalho.	Q29. Procuo proactivamente informar e colaborar com os pacientes no sentido de lhes dar voz ativa e poder de decisão no cuidado que lhes presto.
Q2. Há suficientes leis, políticas ou regulamentos externos às organizações de saúde (i.e. governamentais) que condicionem positivamente a relação dos profissionais de saúde com os pacientes.	Q6. Há uma oferta suficiente de serviços externos às organizações de saúde (i.e. consultoria) com mais-valia na prestação direta de cuidados de saúde.	Q10. A minha organização procura colaborar com entidades externas no sentido de apoiar os trabalhadores e pacientes e implementar boas práticas.	Q14. Os profissionais da minha organização de saúde são adequados às necessidades (vocação, especialidade, número, etc.).	Q18. A minha organização encoraja e facilita a colaboração entre os seus profissionais.	Q22. A minha organização investe regularmente na formação e esclarecimento dos seus trabalhadores ou pacientes.	Q26. Tenho preocupações e situações da vida pessoal que podem afetar a minha prestação no trabalho.	Q30. Procuo acompanhar ou ser contactável pelos pacientes fora do ambiente clínico (por e-mail, telefone, etc.).
Q3. Há condições de mercado que propiciam o investimento em novas formas de prestar cuidados de saúde.	Q7. Há reconhecimento público por iniciativas paradigmáticas na prestação de cuidados de saúde.	Q11. A minha organização tem facilidade em implementar leis e ter acesso a apoios.	Q15. A minha organização investe regularmente em melhorias centradas nos trabalhadores ou pacientes.	Q19. A minha organização tem regulamentos ou guias que conduzem a forma como os profissionais devem intervir, colaborar e relacionar-se com os pacientes.	Q23. A minha organização de saúde demonstra sensibilidade contínua para as necessidades dos trabalhadores ou pacientes.	Q27. Estou frequentemente sobrecarregado/a no trabalho.	Q31. Procuo averiguar e adequar o cuidado que presto às particularidades pessoais do paciente (estado emocional, cultura, etc.).
Q4. Há condicionantes culturais que limitam a forma como a saúde é encarada no geral.	Q8. Há iniciativa dos membros indústria da saúde no sentido de pressionar a sua evolução.	Q12. A minha organização contrata prestadores externos de serviços no sentido de melhorar os seus processos internos e a sua oferta.	Q16. A minha organização tem ferramentas (software, metodologias, etc.) adequadas às necessidades.	Q20. A minha organização recolhe métricas de satisfação dos trabalhadores e pacientes.	Q24. A minha organização de saúde promove medidas que incentivam um cuidado e relação diferenciados com o paciente.	Q28. Estou satisfeito/a com o meu papel e relação com a organização de saúde.	Q32. O tipo de cuidado e atenção que dou na prestação de cuidados é condicionado por apoios ou políticas da organização, que impedem ou não encorajam que decorram na sua potencial plenitude.

## CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO

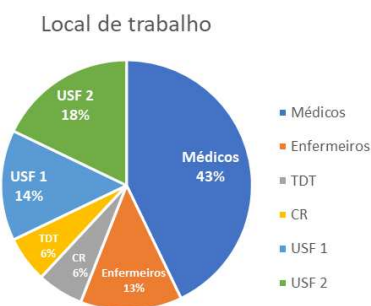
O questionário foi distribuído a médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica via papel e digital em cinco organizações de saúde do setor público, na zona da Grande Lisboa, das quais dois centros hospitalares, em três unidades hospitalares distintas; duas unidades de saúde familiar; e um centro de reabilitação. Obtiveram-se assim 52 respondentes ao questionário, numa amostra caracterizada por 11 enfermeiros, 36 médicos e 5 técnicos de diagnóstico e terapêutica, dos quais 18 do género masculino e 34 do género feminino; 17 com experiência profissional inferior a 5 anos, 8 entre 5 e 9 anos de experiência, 9 entre 10 e 19 anos de experiência, 4 entre 20 e 29 anos de experiência, 9 entre 30 e 39 anos de experiência e 5 com mais de 40 anos de experiência.



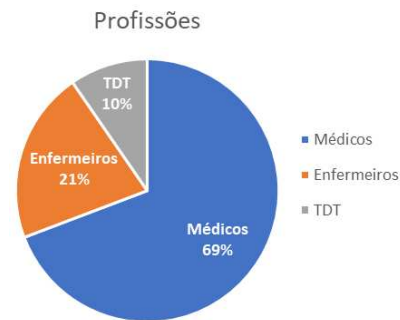
**Figura 3.1:** Gráfico da distribuição da amostra por géneros



**Figura 3.2:** Gráfico da distribuição da amostra por anos de experiência



**Figura 3.4:** Gráfico da distribuição da amostra por local de trabalho



**Figura 3.3:** Gráfico da distribuição da amostra por profissões

Um questionário de um médico foi excluído por não ter sido completamente preenchido, tendo os restantes sido incluídos por corresponderem aos padrões exigidos de preenchimento e de qualidade de dados, sem *outliers*. Estimou-se, muito genericamente, uma margem de erro de amostra significativa face à população total de profissionais da região ( $\sigma_{\bar{x}} = 14\%$ ).

**Quadro 3.3:** Estatísticas – Margem de erro

<b>ESTATÍSTICAS DE CONFIABILIDADE</b>	
Margem de erro	14% (z=95%)

**Quadro 3.4:** Estatísticas – Amostra, Média, Mediana, Moda e Desvio

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16
N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Média	3,8	3,4	4,6	5,4	2,9	3,6	3,3	4,2	4,9	4,4	3,6	3,6	3,7	3,8	3,3	2,8
Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0
Moda	2,0	2,0	6,0	6,0	2,0	2,0	2 <sup>a</sup>	5,0	6,0	5,0	4,0	1,0	2,0	6,0	2,0	2,0
Desvio	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6
	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32
N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Média	4,5	4,5	4,7	4,4	3,8	4,4	3,7	4,6	3,9	4,2	5,8	4,7	6,1	4,2	6,3	4,6
Mediana	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0
Moda	5,0	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	2,0	6,0	5,0	2,0	7,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
Desvio	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	2,0	1,4	1,5	1,0	2,0	0,8	1,7

O aspeto mais evidente a emergir da aplicação do questionário foi a dispersão heterogénea de respostas, que se explica não somente pela inclusão de diferentes organizações na amostra. Ao nível individual das organizações, observou-se não só a fragmentação de respostas em diferentes categorias profissionais, mas também em agrupamentos intra-categoria, sobretudo refletidos nos diferentes anos de experiência dos profissionais. Aponta-se, portanto, a visões manifestamente díspares dentro das organizações. Não obstante, houve comparativamente pouco desvio nas avaliações de importância dos itens das perguntas, dos quais pouco se concluiu.

### 3.1. VISÃO GERAL

Ao nível macro de regulamentação, encontrou-se uma distribuição equilibradamente heterogênea em matérias de vontade de maior controle externo para assegurar a melhoria dos cuidados de saúde. A maioria dos profissionais (61%) crê que há condições de mercado que propiciam a inovação de formas de prestar cuidados. A maioria (84%) crê plenamente que há fatores culturais que afetam a forma como a saúde é encarada no geral.

Ao nível macro de valorização, a maioria (75%) crê que poderia haver mais apoios externos às organizações de saúde. No que trata a oferta suficiente de serviços externos de mais-valia às organizações, as opiniões dividem-se no sentimento de que iniciativas paradigmáticas na prestação de cuidados não têm reconhecimento público (59%); e de existência de iniciativa por parte dos membros da indústria da saúde para se pressionarem mutuamente no sentido da sua própria evolução (55%).

No que diz respeito à relação entre os níveis macro e meso, uma fatia significativa (67%) crê plenamente que a sua organização facilita a colaboração com outras organizações, sendo as opiniões manifestamente negativas minoritárias (14%). Observam-se divergências na colaboração das organizações com entidades externas no sentido de apoiar os trabalhadores e pacientes a implementarem boas práticas; na facilidade de as organizações implementarem leis e terem acesso a apoios; assim como na contratação de serviços externos no sentido de melhorarem os seus processos internos e a oferta externa.

Quanto a recursos das organizações, as opiniões dividem-se sobre a adequação dos espaços e de profissionais de que dispõem. Há, por outro lado, consenso negativo (63%) sobre a frequência de investimento em melhorias centradas nos trabalhadores ou pacientes; assim como negativo (75%) sobre a existência de ferramentas (software, metodologias, etc.) adequadas às necessidades.

Ao nível de processos das organizações, as opiniões dividem-se sobre a melhoria contínua de políticas, processos e serviços. Nota-se que a maioria dos médicos das unidades de saúde familiar afirmam que a sua organização procura melhorar continuamente as suas condições (89%), em oposição à opinião dos médicos que laboram em centros hospitalares (36%). Verifica-se grande dispersão no que respeita ao encorajamento e facilitamento da colaboração

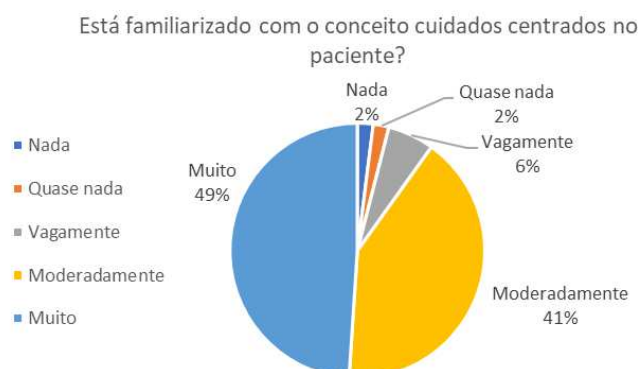
interna entre profissionais (57%); e na recolha de métricas de satisfação de profissionais e pacientes (55%). Referente à recolha de métricas, salienta-se a profunda divergência entre os médicos de unidades de saúde familiar (89%) e os médicos dos centros hospitalares (29%). A maioria dos inquiridos (63%) crê que há regulamentos e guias internos sobre a forma como os profissionais devem interagir com os pacientes.

No que diz respeito à relação dos níveis meso e micro, as opiniões dividem-se quanto ao envolvimento de profissionais ou pacientes em decisões que afetem o trabalho e cultura da organização (43% vs. 39%). Quanto ao investimento em formação e esclarecimento de trabalhadores ou pacientes há uma tendência positiva (55%). A maioria (55%) afirmou que as suas organizações não demonstram sensibilidade para as suas necessidades ou as dos seus pacientes.

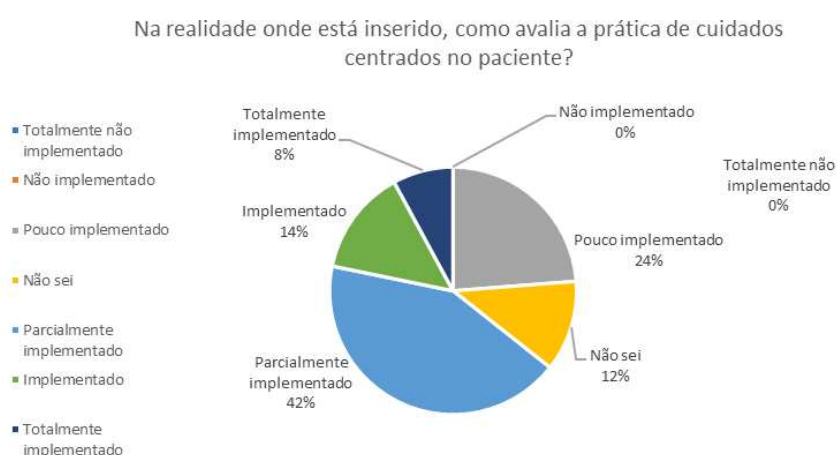
Ao nível micro de estado, a grande maioria sente satisfação com o seu papel na organização (69%). É unânime (88%) o sentimento de sobrecarga de trabalho. As opiniões dividem-se sobre fatores da vida pessoal poderem afetar a qualidade do trabalho (49%). Relativamente à satisfação com as condições de trabalho, as opiniões também dividem-se (53%).

Ao nível micro de comportamentos, a maioria (63%) sente que o cuidado que presta é em alguma capacidade condicionado por políticas ou apoios da organização. A esmagadora maioria (96%) afirma adequar o seu cuidado a particularidades individuais do cliente como pessoa. Os relatos dividem-se quanto ao acompanhamento dos pacientes fora do espaço da organização. A maioria (96%) afirma procurar informar, colaborar e dar voz ativa e poder de decisão ao paciente.

Uma segmentação por experiência dos profissionais inquiridos revelou por vezes uma divergência significativa, encontrando-se, por exemplo, maior satisfação geral nos profissionais que somam mais décadas de experiência. Os profissionais mais jovens demonstram, por um lado, maior insatisfação com os sistemas de saúde vigentes, e por outro maior altruísmo na vontade não só de servir o paciente em seu próprio detrimento, como também em prestar um CCP.



**Figura 3.5:** Gráfico da distribuição de resultados à pergunta “Está familiarizado com o conceito de CCP?”



**Figura 3.6:** Gráfico da distribuição de resultados à pergunta “Na realidade onde está inserido, como avalia a prática de CCP?”

Apesar da esmagadora maioria dos profissionais ter afirmado estar de alguma forma familiarizada com o conceito de CCP, constatou-se no cruzamento de dados haver uma falta de visão do que é o CCP em toda a sua extensão, mais concretamente do papel fulcral que as organizações e os promotores externos às organizações podem ter na sua definição e implementação. Ainda assim, houve uma justa divisão entre os inquiridos, situada entre forte opinião de que o CCP não está totalmente implementado na sua organização e que está apenas parcialmente.

### 3.2. IMPACTO



Um dos objetivos do questionário foi o de apurar, explícita ou implicitamente, a causalidade, o impacto e a importância de fatores exa-organizacionais, organizacionais e individuais na prestação de cuidados de saúde, especialmente de práticas de CCP.

Uma análise fatorial das respostas obtidas, tendo por base os elementos categóricos e as respostas dos casos recolhidos, sublimou em dois *clusters* equilibrados, tanto em número como em categorias (~40 vs. ~60%), da amostra total. Os fatores preditivos mais decisivos entre os *clusters* foram sobretudo os que se relacionam diretamente com aspetos organizacionais de recursos e processos. Observou-se que o investimento e a valorização dos profissionais por parte das organizações tiveram impacto direto não só nos níveis de satisfação dos trabalhadores, como também se correlacionaram fortemente, de forma direta e indireta, com a existência de fatores favoráveis à adoção de práticas e de uma cultura de CCP. As maiores unidades de saúde refletiram, face a unidades subdimensionadas, não só um maior afastamento dos trabalhadores aos processos de decisão, como também maiores lacunas, para as necessidades que sentiam, de recursos, processos e ferramentas, e níveis mais reduzidos de satisfação dos profissionais.

Os fatores macro acompanharam tendencialmente e espelhadamente os fatores meso, tanto negativamente como positivamente, o que leva a crer que a visão dos profissionais da realidade macro pode em grande medida ser tingida pelas lacunas que sentem no decorrer diário do seu trabalho.

Em contrapartida, encontrou-se consenso maioritário e homogéneo na visão da importância das matérias em toda a amostra. Verificou-se que em todas as questões a larga maioria dos inquiridos considerou as matérias como muito importantes. À regra observou-se uma exceção, avaliada como tendo apenas alguma importância: a importância de os profissionais de saúde procurarem acompanhar os pacientes fora do espaço da organização. Isto permite indagar que os profissionais, no geral, preferem focar a sua atividade mais na vertente presencial e no contacto direto com os pacientes, podendo isso também se relacionar com falta de ferramentas e processos de apoio na organização. No que respeita às preocupações e situações da vida pessoal que podem afetar a prestação no trabalho, as opiniões encontraram-se muito divididas entre alguma e muita importância, considerando os inquiridos que têm, ou dever ter, uma boa capacidade de se abstrair dos problemas pessoais no contexto do seu trabalho.

## CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A visão dos profissionais de saúde do CCP está, ainda, indeliberadamente cingida à esfera exclusiva do relacionamento pessoal com o paciente, em inconsciente exclusão de tudo aquilo que a envolve e regula. Esta observação vem secundando mais vincadamente as preocupações já antes suscitadas na revisão da literatura e contribui também para melhor se entender a visão do CCP por profissionais menos familiarizados com a sua prática ao nível institucional, a qual Fix et al. (2017) entendem permanecer por se apurar. Permanece generalizada a visão do CCP como um fenómeno mais ou menos individualmente comportamental, faltando a consciência da possibilidade, por sinal mais interessante e comprovadamente eficaz, da sua materialização como processo sistemático, assim atestando-se uma vez mais a dificuldade basilar do conceito, tantas vezes referida por autores tais como Burguers et al. (2021).

Apesar de os intervenientes não o terem expressado conscientemente, e muito até pelo contrário nesse sentido se terem pronunciado com reserva, nota-se que os fatores que tiveram maior impacto diferenciador observável na adoção de práticas de CCP nos casos analisados foram os fatores organizacionais. Complementa-se assim Taylor et al. (2015), Vennedey et al. (2020), e outros, que afirmam haver ainda necessidade de explorar a correlação e importância de facilitadores e barreiras, sugerindo os resultados deste questionário que os facilitadores e barreiras organizacionais devem ser considerados antes de todos os outros, ou seja, que estes são críticos. Esta sugestão dá também alguma satisfação a Nkrumath et al. (2019), que afirma faltar evidência concreta do impacto da organização no cuidado prestado; o investimento nos recursos materiais, humanos, de conhecimento e o envolvimento dos trabalhadores e dos pacientes na fomentação de um serviço pelas pessoas e para as pessoas são fatores positivos para a criação de uma cultura que, se não é ainda por patente objetivo de CCP (seja qual for a definição que se pretenda), nesse sentido caminha.

Seguindo a deixa de Nkrumath et al. (2019) e de Hower et al. (2019), fizeram-se sentir diferenças entre organizações de diferente natureza, notando-se que o tamanho das unidades de saúde pode facilitar ou dificultar a implementação do CCP. Por hipótese, a menor complexidade logística de algumas organizações pode ser um dos fatores determinantes da proximidade da organização com os profissionais e os pacientes, que quase naturalmente promove a adoção, consciente ou inconsciente, de culturas e práticas de CCP ou, pelo menos, CCP *friendly*.

Paradoxalmente, pelos mesmos motivos, as maiores unidades de saúde poderão precisamente ser aquelas que mais carecem de uma reforma no sentido de implementação de modelos de CCP. Acresce-se a Venedey et al. (2020) que na amostra estudada não se observaram diferentes fatores determinantes nos diferentes contextos, evidenciando-se uma certa homogeneidade na importância dos fatores ou causas, mesmo quando analisados à luz da segmentação por categorias.

Conclui-se que há, de facto, unânime falta de ferramentas de qualidade, que prestem a auxiliar o trabalho dos profissionais de saúde. Apesar de estar fora de escopo do presente questionário apurar o tipo de ferramentas que poderão mais escassear, pode-se sugerir que estas podem ser de software (Venedey et al. 2020), formas de recolha e medição (Santana et al., 2020), etc.

Não ficou claro que os profissionais tenham plena consciência da realidade externa às suas organizações. Em grande extensão, a sua visão da dimensão externa está fortemente correlacionada com a visão da dimensão da sua organização, sendo uma tanto mais ou menos positiva ou negativa quanto a outra o for. Procurando dar resposta a Hower et al. (2019), fica, no entanto, claro o desejo de maior intervenção e apoio externo pelos profissionais que estão insatisfeitos com a conduta da sua organização, ou seja, que há uma expectativa de que entidades externas assumam controlo e assegurem, direta ou indiretamente, a qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde.

As diferenças observadas entre diferentes segmentos da amostra evocam bem que a dimensão do profissional, como membro integrante de uma organização e como indivíduo também ele com particularidades, está ainda pouco refletida e aprofundada nas considerações de implementação do CCP. Além disso, encontram-se diferentes perspetivas entre diferentes categorias profissionais que merecem ser melhor pesadas e poderão ir de encontro à necessidade de determinar melhor os fatores críticos em diferentes contextos (Hower et al., 2019), conforme os rácios de categorias de trabalhadores, da natureza das organizações, etc.

Por fim, observou-se uma significativa correlação entre a existência de condições propícias a práticas de CCP, e a existências de práticas de CCP a um nível geral, que, face a outros factos já expostos, fica em abono da hipótese de que a existência de facilitadores e inexistência de barreiras promove a adoção de práticas CCP, mesmo quando não há uma direção e intenção

organizacional expressamente formulada nesse sentido, como não houve em nenhuma das organizações incluídas no âmbito do questionário.

Não ficou claro com este inquérito, a um nível que se julgue confiável, qual o impacto do nível macro sobre todos os outros, uma vez que se emparelhou fortemente com o nível meso, ficando assim por esclarecer mais convenientemente a questão suscitada por Hower et al. (2019). Esta limitação poderia ser melhor esclarecida com uma maior amostra de funcionários com maior poder hierárquico ou maior conhecimento da realidade externa às organizações, que, portanto, traria uma visão do nível macro menos influenciada pelo nível individual de satisfação com a organização.

Assumem-se também os riscos de os respondentes poderem não praticar necessariamente o que afirmam, na ótica de CCP. Por fim, as observações aos resultados do inquérito foram também limitadas pelo tamanho relativamente reduzido da amostra (minorado por imposições de tempo e processos demorados de aprovação) e porventura pela falta de uma maior representação de médicos-chefes e gestores.

## BIBLIOGRAFIA

American Geriatrics Society Expert Panel (2015). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>

Bechtel, C., & Ness, D. L. (2010) If you build it, will they come? Designing truly patient-centered health care. 29(5):914-20. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0305>

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>

Berghout, M., Van, E. J., Leensvaart, L., Cramm, J. M. (2015). Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*. 15:385. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1049-z>

Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229–239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>

Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., Lukas, C. V. (2018) How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1):168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>

Burgers, J.S., Van der Weijden, T., Bischoff, E. (2021) Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 24;8:669491. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.669491>

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14:271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-27>

Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A.-M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953–957. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>

Detollenaere, J., Boeckxstaens, P., & Willems, S. (2018). Association between person-centredness and financially driven postponement of care in European primary care: a cross-sectional multicountry study. *CMAJ open*, 6(2):E176-E183. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170082>

Diffin, J., Ewing, G., Harvey, G., Grande, G. (2018). Facilitating successful implementation of a person-centred intervention to support family carers within palliative care: a qualitative study of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention. *BMC Palliative Care*, 17(1):129. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0382-5>

Doktorchik, C., Manalili, K., Jolley, R., Gibbons, E., Lu, M., Quan, H., Santana, M. J. (2018). Identifying Canadian patient-centred care measurement practices and quality indicators: a survey. *CMAJ Open*, 6(4):E643-E650. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170143>

Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Meranius, M. S. (2018). Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Ekman, N., Moons, P., Taft, C., Boström, E., & Fors, A. (2022). Observable indicators of person-centred care: an interview study with patients, relatives and professionals. *BMJ Open*, 12: e059308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059308>

Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D. L., (2014). Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *The Annals of Family Medicine*, 12(3): 270–275. <https://doi.org/10.1370/afm.1615>

Entwistle, V. A., & Watt, I. A., (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *American Journal of Bioethics*, 13(8): 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Feldthusen, C., Forsgren, E., Wallström, S., Andersson, V., Löfqvist, N., Sawatzky, R., Öhlén, J., Ung, E. (2022). Centredness in health care: A systematic overview of reviews. *Health Expect*, 25(3):885-901. <https://doi.org/10.1111/hex.13461>

Filler, T., Jameel, B., & Gagliardi, A. R. (2020). Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC Public Health*, 20(1) 1013. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09159-6>

Fix, G. M., VanDeusen, L. C., Bolton R. E., Hill, JN, Mueller, N., LaVela, S. L., Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, (1):300-307. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>

Hashim, M. J. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. *American Family Physician*. 95(1):29-34. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>

Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock S., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2019). Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open*, 9(4):e027591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027591>

INE, PORDATA (2022). Quantos são os médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros ou farmacêuticos?. <https://www.pordata.pt/portugal/pessoal+de+saude+medicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmaceuticos-144-1262>

Kwame, A., Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1):158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Lepège, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefève, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20 – 21), 1555–1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>

Meterko, M., Wright S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P.D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5 Pt 1): 1188–1204. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x>

- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4):662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Morgan, S., Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412>
- Narbutas, S., York, K., Stein, B. D., (2017) Magsanoc-Alikpala K, Majima Y, Kalo Z, Almasi, T., Inotai, A. Overview on Patient Centricity in Cancer Care. *Frontiers in Pharmacology*, 8:698. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00698>
- Nkrumah, J., & Abekah-Nkrumah, G. (2019). Facilitators and barriers of patient-centered care at the organizational-level: a study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Services Research*, 19, 900. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4748-z>
- Ogden, K., Barr, J., & Greenfield, D. (2017). Determining requirements for patient centred care a participatory concept mapping study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2741-y>
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., Dearing, K.A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(12):600-7. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Rosengren, K., Brannefors, P., & Carlstrom, E. (2021). Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9):265-280. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2021-0008s>
- Ryan, T. (2021). Facilitators of person and relationship-centred care in nursing. *Nursing Open*, 9(2):892-899. <https://doi.org/10.1002/nop2.1083>
- Santana, M.J., Manalili, K., Zelinsky, S., Brien, S., Gibbons, E., King, J., Frank, L., Wallström, S., Fairie, P., Leeb, K., Quan, H., Sawatzky, R. (2020) Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators. *BMJ Open*, 10(10):e037323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037323>
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2):429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>



Stollenwerk, D., Kennedy, L. B., Hughes, L. S., & O'Connor, M. (2019). A Systematic Approach to Understanding and Implementing Patient-Centered Care. *Family Medicine*, 51(2):173-178. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.320829>

Taylor, A. & Groene, O. (2015). European hospital managers perceptions of patient-centred care. *Journal of Health Organization and Management*, 29(6):711-28. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2013-0261>

Tseng, E. K., & Hicks, L. K. (2016). Value Based Care and Patient-Centered Care: Divergent or Complementary? *Current Hematologic Malignancy Reports*, (4):303-10. <https://doi.org/10.1007/s11899-016-0333-2>

Vagias, Wade M. (2006). Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University

Vennedey, V., Hower, K. I., Hillen, H., Ansmann, L., Kuntz, L., & Stock, S. (2020). Patients' perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews. *BMJ Open*, 10(5), e033449. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033449>

# ANEXOS

## ANEXO A: Matriz de correlação de perguntas

Quadro A.1: Matriz de correlação de perguntas

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32
Q1	1,00	0,49	0,20	0,06	0,29	0,35	0,27	0,05	0,21	0,18	0,17	-0,16	0,07	0,12	0,31	0,14	0,38	0,33	0,16	0,34	0,29	0,16	0,31	0,26	0,25	-0,14	-0,17	0,15	-0,24	0,04	-0,08	-0,31
Q2	0,49	1,00	0,01	-0,02	-0,05	0,20	0,24	0,22	0,34	0,27	0,27	-0,09	0,11	0,09	0,13	0,17	0,10	0,15	-0,02	0,05	0,08	0,12	0,01	0,22	0,00	-0,14	0,10	-0,01	-0,16	0,17	-0,04	0,01
Q3	0,20	0,01	1,00	0,12	-0,04	-0,04	0,03	0,23	0,42	0,18	0,05	0,19	0,19	0,23	0,18	-0,15	0,36	0,29	0,20	0,26	0,27	0,04	0,31	0,11	0,22	0,14	-0,10	0,18	0,05	-0,01	-0,06	-0,13
Q4	0,06	-0,02	0,12	1,00	0,24	-0,14	-0,11	0,08	0,09	0,02	0,12	0,11	0,05	-0,18	0,01	0,20	-0,11	-0,16	-0,08	-0,01	0,04	0,07	-0,08	-0,23	0,02	0,23	-0,02	-0,10	-0,01	0,02	0,09	0,24
Q5	0,29	-0,05	-0,04	0,24	1,00	0,16	0,34	-0,01	-0,11	0,05	-0,15	-0,06	0,45	0,30	0,45	0,47	0,31	0,17	0,18	0,26	0,26	0,09	0,33	0,13	0,12	-0,23	-0,09	0,25	-0,16	-0,04	-0,07	-0,01
Q6	0,35	0,20	-0,04	-0,14	0,16	1,00	0,41	0,19	-0,02	0,29	0,00	-0,08	-0,17	-0,04	0,18	-0,15	0,16	-0,04	0,13	0,28	0,22	0,26	0,14	0,33	-0,22	-0,12	-0,04	-0,17	0,02	-0,05	0,02	-0,12
Q7	0,27	0,24	0,03	-0,11	0,34	0,41	1,00	0,32	0,10	0,23	0,32	0,11	0,04	0,20	0,30	0,18	0,26	0,15	0,16	0,35	0,45	0,27	0,37	0,51	0,11	0,04	-0,01	0,21	-0,13	0,07	-0,24	0,13
Q8	0,05	0,22	0,23	0,08	-0,01	0,19	0,32	1,00	0,33	0,30	0,32	0,16	0,06	0,04	0,15	-0,06	-0,02	0,03	0,03	0,18	0,32	0,35	0,18	0,23	-0,05	0,24	0,11	0,00	0,09	0,12	0,17	0,30
Q9	0,21	0,34	0,42	0,09	-0,11	-0,02	0,10	0,33	1,00	0,49	0,14	-0,06	0,20	0,45	0,28	0,17	0,30	0,44	0,27	0,25	0,49	0,35	0,37	0,32	0,27	0,17	-0,17	0,36	0,17	0,22	0,09	0,06
Q10	0,18	0,27	0,18	0,02	0,05	0,29	0,23	0,30	0,49	1,00	0,14	-0,19	0,34	0,45	0,41	0,21	0,40	0,31	0,44	0,42	0,49	0,43	0,49	0,33	0,07	-0,02	-0,01	0,25	0,06	0,26	0,02	0,12
Q11	0,17	0,27	0,05	0,12	-0,15	0,00	0,32	0,32	0,14	0,14	1,00	0,27	-0,01	-0,12	0,02	0,00	-0,15	-0,01	-0,19	0,14	0,13	0,33	-0,02	-0,03	0,04	0,20	0,04	0,00	-0,06	-0,12	-0,13	0,14
Q12	-0,16	-0,09	0,19	0,11	-0,06	-0,08	0,11	0,16	-0,06	-0,19	0,27	1,00	-0,11	-0,37	-0,25	0,02	-0,44	-0,32	-0,40	-0,31	-0,14	-0,25	-0,32	-0,15	-0,14	0,17	0,09	-0,21	-0,07	-0,06	-0,20	0,15
Q13	0,07	0,11	0,19	0,05	0,45	-0,17	0,04	0,06	0,20	0,34	-0,01	-0,11	1,00	0,66	0,57	0,36	0,42	0,44	0,28	0,36	0,28	0,17	0,42	0,19	0,35	-0,14	-0,06	0,45	-0,06	0,14	0,12	-0,09
Q14	0,12	0,09	0,23	-0,18	0,30	-0,04	0,20	0,04	0,45	0,45	-0,12	-0,37	0,66	1,00	0,67	0,29	0,70	0,63	0,52	0,51	0,56	0,16	0,68	0,33	0,45	-0,21	-0,19	0,61	0,02	0,14	0,04	-0,15
Q15	0,31	0,13	0,18	0,01	0,45	0,18	0,30	0,15	0,28	0,41	0,02	-0,25	0,57	0,67	1,00	0,46	0,64	0,56	0,54	0,61	0,58	0,36	0,79	0,42	0,31	-0,15	-0,17	0,52	-0,07	0,27	0,01	-0,09
Q16	0,14	0,17	-0,15	0,20	0,47	-0,15	0,18	-0,06	0,17	0,21	0,00	0,02	0,36	0,29	0,46	1,00	0,30	0,17	0,34	0,25	0,12	0,17	0,27	0,05	0,17	-0,04	0,05	0,26	-0,18	0,22	-0,06	-0,06
Q17	0,38	0,10	0,36	-0,11	0,31	0,16	0,26	-0,02	0,30	0,40	-0,15	-0,44	0,42	0,70	0,64	0,30	1,00	0,66	0,58	0,61	0,56	0,20	0,73	0,44	0,25	-0,23	-0,18	0,42	0,08	0,14	0,05	-0,25
Q18	0,33	0,15	0,29	-0,16	0,17	-0,04	0,15	0,03	0,44	0,31	-0,01	-0,32	0,44	0,63	0,56	0,17	0,66	1,00	0,38	0,48	0,40	0,14	0,66	0,50	0,36	-0,10	-0,18	0,69	0,11	0,19	0,00	-0,17
Q19	0,16	-0,02	0,20	-0,08	0,18	0,13	0,16	0,03	0,27	0,44	-0,19	-0,40	0,28	0,52	0,54	0,34	0,58	0,38	1,00	0,57	0,47	0,38	0,62	0,38	0,37	-0,03	-0,14	0,34	-0,03	0,14	-0,11	-0,20
Q20	0,34	0,05	0,26	-0,01	0,26	0,28	0,35	0,18	0,25	0,42	0,14	-0,31	0,36	0,51	0,61	0,25	0,61	0,48	0,57	1,00	0,58	0,51	0,67	0,32	0,21	-0,04	-0,20	0,21	-0,02	0,00	-0,05	-0,16
Q21	0,29	0,08	0,27	0,04	0,26	0,22	0,45	0,32	0,49	0,49	0,13	-0,14	0,28	0,56	0,58	0,12	0,56	0,40	0,47	0,58	1,00	0,32	0,67	0,42	0,36	-0,06	-0,15	0,34	0,06	0,06	-0,11	0,02
Q22	0,16	0,12	0,04	0,07	0,09	0,26	0,27	0,35	0,35	0,43	0,33	-0,25	0,17	0,16	0,36	0,17	0,20	0,14	0,38	0,51	0,32	1,00	0,43	0,36	0,00	0,03	-0,20	0,03	0,05	0,01	0,10	-0,05

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32
Q23	0,31	0,01	0,31	-0,08	0,33	0,14	0,37	0,18	0,37	0,49	-0,02	-0,32	0,42	0,68	0,79	0,27	0,73	0,66	0,62	0,67	0,67	0,43	1,00	0,54	0,39	-0,03	-0,35	0,57	-0,01	0,25	0,03	-0,13
Q24	0,26	0,22	0,11	-0,23	0,13	0,33	0,51	0,23	0,32	0,33	-0,03	-0,15	0,19	0,33	0,42	0,05	0,44	0,50	0,38	0,32	0,42	0,36	0,54	1,00	0,28	-0,12	-0,21	0,33	0,15	0,14	0,06	0,03
Q25	0,25	0,00	0,22	0,02	0,12	-0,22	0,11	-0,05	0,27	0,07	0,04	-0,14	0,35	0,45	0,31	0,17	0,25	0,36	0,37	0,21	0,36	0,00	0,39	0,28	1,00	0,03	-0,41	0,66	-0,11	-0,12	-0,01	-0,20
Q26	-0,14	-0,14	0,14	0,23	-0,23	-0,12	0,04	0,24	0,17	-0,02	0,20	0,17	-0,14	-0,21	-0,15	-0,04	-0,23	-0,10	-0,03	-0,04	-0,06	0,03	-0,03	-0,12	0,03	1,00	0,09	-0,03	0,08	0,03	-0,13	0,40
Q27	-0,17	0,10	-0,10	-0,02	-0,09	-0,04	-0,01	0,11	-0,17	-0,01	0,04	0,09	-0,06	-0,19	-0,17	0,05	-0,18	-0,18	-0,14	-0,20	-0,15	-0,20	-0,35	-0,21	-0,41	0,09	1,00	-0,26	0,29	0,40	-0,03	0,26
Q28	0,15	-0,01	0,18	-0,10	0,25	-0,17	0,21	0,00	0,36	0,25	0,00	-0,21	0,45	0,61	0,52	0,26	0,42	0,69	0,34	0,21	0,34	0,03	0,57	0,33	0,66	-0,03	-0,26	1,00	0,04	0,11	0,05	-0,15
Q29	-0,24	-0,16	0,05	-0,01	-0,16	0,02	-0,13	0,09	0,17	0,06	-0,06	-0,07	-0,06	0,02	-0,07	-0,18	0,08	0,11	-0,03	-0,02	0,06	0,05	-0,01	0,15	-0,11	0,08	0,29	0,04	1,00	0,24	0,44	0,29
Q30	0,04	0,17	-0,01	0,02	-0,04	-0,05	0,07	0,12	0,22	0,26	-0,12	-0,06	0,14	0,14	0,27	0,22	0,14	0,19	0,14	0,00	0,06	0,01	0,25	0,14	-0,12	0,03	0,40	0,11	0,24	1,00	0,27	0,28
Q31	-0,08	-0,04	-0,06	0,09	-0,07	0,02	-0,24	0,17	0,09	0,02	-0,13	-0,20	0,12	0,04	0,01	-0,06	0,05	0,00	-0,11	-0,05	-0,11	0,10	0,03	0,06	-0,01	-0,13	-0,03	0,05	0,44	0,27	1,00	-0,01
Q32	-0,31	0,01	-0,13	0,24	-0,01	-0,12	0,13	0,30	0,06	0,12	0,14	0,15	-0,09	-0,15	-0,09	-0,06	-0,25	-0,17	-0,20	-0,16	0,02	-0,05	-0,13	0,03	-0,20	0,40	0,26	-0,15	0,29	0,28	-0,01	1,00

## ANEXO B: Matriz de correlação de importâncias

### Quadro A.2: Matriz de correlação de importâncias

	IQ1	IQ2	IQ3	IQ4	IQ5	IQ6	IQ7	IQ8	IQ9	IQ10	IQ11	IQ12	IQ13	IQ14	IQ15	IQ16	IQ17	IQ18	IQ19	IQ20	IQ21	IQ22	IQ23	IQ24	IQ25	IQ26	IQ27	IQ28	IQ29	IQ30	IQ31	IQ32
IQ1	1,00	0,56	0,54	0,48	0,37	0,34	0,20	0,06	0,38	0,47	0,56	0,40	0,18	0,29	0,05	0,06	0,32	0,21	0,44	0,26	0,19	0,16	0,02	0,24	0,28	0,33	0,24	0,29	0,27	0,09	0,12	0,36
IQ2	0,56	1,00	0,38	0,38	0,12	0,26	0,13	0,13	0,28	0,38	0,42	0,28	0,00	0,26	0,14	0,16	0,27	0,04	0,23	0,15	0,03	0,18	0,26	0,19	0,18	0,12	0,28	0,31	0,30	0,28	0,14	0,26
IQ3	0,54	0,38	1,00	0,26	0,26	0,52	0,21	0,43	0,53	0,47	0,47	0,47	0,25	0,21	0,21	0,25	0,33	0,29	0,35	0,41	0,30	0,23	0,15	0,24	0,17	0,14	0,30	0,14	0,23	0,35	0,23	0,14
IQ4	0,48	0,38	0,26	1,00	0,36	0,56	0,44	0,06	0,28	0,36	0,33	0,43	0,20	0,23	0,16	0,20	0,27	0,36	0,33	0,37	0,29	0,23	0,18	0,35	0,61	0,22	0,25	0,49	0,42	0,22	0,14	0,46
IQ5	0,37	0,12	0,26	0,36	1,00	0,46	0,40	0,14	0,28	0,37	0,14	0,25	0,28	0,12	0,22	0,40	0,31	0,31	0,35	0,26	0,34	0,15	0,25	0,23	0,19	0,17	0,07	0,19	0,16	-0,12	0,07	0,20
IQ6	0,34	0,26	0,52	0,56	0,46	1,00	0,51	0,30	0,38	0,35	0,41	0,52	0,29	0,23	0,36	0,30	0,42	0,41	0,33	0,42	0,39	0,31	0,36	0,36	0,42	-0,15	0,11	0,44	0,41	0,21	0,31	0,17
IQ7	0,20	0,13	0,21	0,44	0,40	0,51	1,00	0,19	0,04	0,29	0,27	0,36	0,10	0,22	0,16	0,32	0,14	0,23	0,41	0,35	0,34	0,05	0,30	0,24	0,45	0,05	0,17	0,41	0,46	0,17	0,34	0,37
IQ8	0,06	0,13	0,43	0,06	0,14	0,30	0,19	1,00	0,43	0,16	0,17	0,38	0,29	0,07	0,21	0,22	0,24	0,34	0,25	0,26	0,28	0,31	0,08	0,28	0,11	0,13	0,22	0,21	0,28	0,35	0,24	0,19
IQ9	0,38	0,28	0,53	0,28	0,28	0,38	0,04	0,43	1,00	0,69	0,43	0,35	0,30	0,22	0,43	0,42	0,58	0,61	0,32	0,52	0,47	0,58	0,36	0,57	0,33	0,40	0,38	0,40	0,40	0,23	0,19	0,04
IQ10	0,47	0,38	0,47	0,36	0,37	0,35	0,29	0,16	0,69	1,00	0,58	0,32	0,28	0,38	0,44	0,43	0,32	0,43	0,39	0,56	0,28	0,27	0,35	0,29	0,37	0,23	0,33	0,43	0,32	0,09	0,24	0,11
IQ11	0,56	0,42	0,47	0,33	0,14	0,41	0,27	0,17	0,43	0,58	1,00	0,47	0,27	0,34	0,30	0,20	0,42	0,23	0,35	0,22	0,17	0,33	0,29	0,35	0,36	0,07	0,18	0,37	0,27	0,23	0,37	0,38

	IQ1	IQ2	IQ3	IQ4	IQ5	IQ6	IQ7	IQ8	IQ9	IQ10	IQ11	IQ12	IQ13	IQ14	IQ15	IQ16	IQ17	IQ18	IQ19	IQ20	IQ21	IQ22	IQ23	IQ24	IQ25	IQ26	IQ27	IQ28	IQ29	IQ30	IQ31	IQ32
IQ12	0,40	0,28	0,47	0,43	0,25	0,52	0,36	0,38	0,35	0,32	0,47	1,00	0,13	0,15	0,17	0,19	0,23	0,23	0,33	0,25	0,31	0,28	0,13	0,35	0,37	0,06	0,19	0,39	0,42	0,31	0,16	0,38
IQ13	0,18	0,00	0,25	0,20	0,28	0,29	0,10	0,29	0,30	0,28	0,27	0,13	1,00	0,68	0,63	0,62	0,44	0,56	0,42	0,22	0,39	0,35	0,39	0,33	0,30	0,21	0,33	0,20	0,10	0,18	0,39	0,18
IQ14	0,29	0,26	0,21	0,23	0,12	0,23	0,22	0,07	0,22	0,38	0,34	0,15	0,68	1,00	0,72	0,60	0,53	0,37	0,39	0,22	0,22	0,36	0,47	0,28	0,23	0,17	0,46	0,36	0,27	0,23	0,39	0,23
IQ15	0,05	0,14	0,21	0,16	0,22	0,36	0,16	0,21	0,43	0,44	0,30	0,17	0,63	0,72	1,00	0,62	0,55	0,46	0,31	0,37	0,22	0,54	0,62	0,46	0,30	0,07	0,36	0,43	0,28	0,23	0,49	0,11
IQ16	0,06	0,16	0,25	0,20	0,40	0,30	0,32	0,22	0,42	0,43	0,20	0,19	0,62	0,60	0,62	1,00	0,57	0,60	0,43	0,45	0,49	0,47	0,63	0,44	0,31	0,14	0,56	0,32	0,33	0,13	0,41	0,05
IQ17	0,32	0,27	0,33	0,27	0,31	0,42	0,14	0,24	0,58	0,32	0,42	0,23	0,44	0,53	0,55	0,57	1,00	0,72	0,25	0,38	0,60	0,70	0,65	0,67	0,38	0,28	0,59	0,56	0,47	0,30	0,41	0,19
IQ18	0,21	0,04	0,29	0,36	0,31	0,41	0,23	0,34	0,61	0,43	0,23	0,23	0,56	0,37	0,46	0,60	0,72	1,00	0,42	0,54	0,69	0,64	0,49	0,62	0,64	0,34	0,64	0,56	0,41	0,29	0,29	0,16
IQ19	0,44	0,23	0,35	0,33	0,35	0,33	0,41	0,25	0,32	0,39	0,35	0,33	0,42	0,39	0,31	0,43	0,25	0,42	1,00	0,48	0,39	0,36	0,14	0,41	0,26	0,15	0,31	0,19	0,22	0,22	0,37	0,38
IQ20	0,26	0,15	0,41	0,37	0,26	0,42	0,35	0,26	0,52	0,56	0,22	0,25	0,22	0,22	0,37	0,45	0,38	0,54	0,48	1,00	0,48	0,34	0,27	0,41	0,39	0,14	0,49	0,54	0,52	0,19	0,41	0,01
IQ21	0,19	0,03	0,30	0,29	0,34	0,39	0,34	0,28	0,47	0,28	0,17	0,31	0,39	0,22	0,22	0,49	0,60	0,69	0,39	0,48	1,00	0,53	0,50	0,65	0,45	0,37	0,43	0,39	0,41	0,28	0,42	0,09
IQ22	0,16	0,18	0,23	0,23	0,15	0,31	0,05	0,31	0,58	0,27	0,33	0,28	0,35	0,36	0,54	0,47	0,70	0,64	0,36	0,34	0,53	1,00	0,59	0,80	0,34	0,25	0,51	0,37	0,34	0,34	0,34	0,24
IQ23	0,02	0,26	0,15	0,18	0,25	0,36	0,30	0,08	0,36	0,35	0,29	0,13	0,39	0,47	0,62	0,63	0,65	0,49	0,14	0,27	0,50	0,59	1,00	0,53	0,32	0,08	0,34	0,48	0,34	0,37	0,54	0,20
IQ24	0,24	0,19	0,24	0,35	0,23	0,36	0,24	0,28	0,57	0,29	0,35	0,35	0,33	0,28	0,46	0,44	0,67	0,62	0,41	0,41	0,65	0,80	0,53	1,00	0,53	0,29	0,41	0,57	0,52	0,39	0,43	0,29
IQ25	0,28	0,18	0,17	0,61	0,19	0,42	0,45	0,11	0,33	0,37	0,36	0,37	0,30	0,23	0,30	0,31	0,38	0,64	0,26	0,39	0,45	0,34	0,32	0,53	1,00	0,27	0,48	0,69	0,59	0,28	0,33	0,43
IQ26	0,33	0,12	0,14	0,22	0,17	-0,15	0,05	0,13	0,40	0,23	0,07	0,06	0,21	0,17	0,07	0,14	0,28	0,34	0,15	0,14	0,37	0,25	0,08	0,29	0,27	1,00	0,45	0,19	0,30	0,28	0,01	0,31
IQ27	0,24	0,28	0,30	0,25	0,07	0,11	0,17	0,22	0,38	0,33	0,18	0,19	0,33	0,46	0,36	0,56	0,59	0,64	0,31	0,49	0,43	0,51	0,34	0,41	0,48	0,45	1,00	0,45	0,46	0,26	0,24	0,20
IQ28	0,29	0,31	0,14	0,49	0,19	0,44	0,41	0,21	0,40	0,43	0,37	0,39	0,20	0,36	0,43	0,32	0,56	0,56	0,19	0,54	0,39	0,37	0,48	0,57	0,69	0,19	0,45	1,00	0,75	0,43	0,42	0,31
IQ29	0,27	0,30	0,23	0,42	0,16	0,41	0,46	0,28	0,40	0,32	0,27	0,42	0,10	0,27	0,28	0,33	0,47	0,41	0,22	0,52	0,41	0,34	0,34	0,52	0,59	0,30	0,46	0,75	1,00	0,49	0,53	0,39
IQ30	0,09	0,28	0,35	0,22	-0,12	0,21	0,17	0,35	0,23	0,09	0,23	0,31	0,18	0,23	0,23	0,13	0,30	0,29	0,22	0,19	0,28	0,34	0,37	0,39	0,28	0,28	0,26	0,43	0,49	1,00	0,44	0,45
IQ31	0,12	0,14	0,23	0,14	0,07	0,31	0,34	0,24	0,19	0,24	0,37	0,16	0,39	0,39	0,49	0,41	0,41	0,29	0,37	0,41	0,42	0,34	0,54	0,43	0,33	0,01	0,24	0,42	0,53	0,44	1,00	0,39
IQ32	0,36	0,26	0,14	0,46	0,20	0,17	0,37	0,19	0,04	0,11	0,38	0,38	0,18	0,23	0,11	0,05	0,19	0,16	0,38	0,01	0,09	0,24	0,20	0,29	0,43	0,31	0,20	0,31	0,39	0,45	0,39	1,00

## ANEXO C: Distribuição das respostas por género

### Quadro A.3: Distribuição das respostas por género

Género		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	
Feminino	Média	3,7	3,5	4,5	5,6	2,6	3,5	3,1	4,2	4,9	4,3	3,6	3,4	3,7	3,6	3,0	2,6	4,3	4,5	4,4	4,4	3,6	4,4	3,5	4,6	3,9	4,5	5,6	4,7	6,1	4,0	6,5	4,7	
	Mediana	3,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	4,5	5,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	4,5	5,0	5,0	5,0	3,5	5,0	3,0	5,0	3,0	5,0	6,0	5,0	6,0	4,5	7,0	5,0	
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	Desvio	1,6	1,4	1,7	1,4	1,6	1,7	1,7	1,5	1,3	1,6	1,6	2,1	2,0	2,0	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7	2,0	1,7	1,8	1,8	1,4	1,7	1,8	1,5	1,5	1,1	2,2	0,8	1,4	
Masculino	Média	4,1	3,4	4,7	5,1	3,4	3,8	3,7	4,2	4,7	4,6	3,6	4,0	3,8	4,1	3,9	3,3	4,9	4,4	5,4	4,5	4,2	4,4	4,1	4,6	4,1	3,6	6,0	4,8	6,1	4,5	6,1	4,4	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	3,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	4,0	5,0	4,0	3,0	5,0	4,0	6,0	5,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	2,0	7,0	6,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	Desvio	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5	1,8	1,7	1,5	2,2	2,1	1,8	1,9	1,7	1,4	1,6	1,3	1,7	1,8	1,7	1,8	1,6	1,8	2,2	1,4	1,7	0,7	1,7	0,7	2,1	
Total	Média	3,8	3,4	4,5	5,4	2,9	3,6	3,3	4,2	4,9	4,4	3,6	3,6	3,7	3,7	3,3	2,8	4,5	4,5	4,7	4,4	3,8	4,4	3,7	4,6	3,9	4,2	5,7	4,7	6,1	4,2	6,3	4,6	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Erro Desvio	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	2,0	1,4	1,5	1,0	2,0	0,8	1,7	

## ANEXO D: Distribuição das respostas por local de trabalho

Quadro A.4: Distribuição das respostas por local de trabalho

Local de trabalho		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	
Hospital 1	Média	2,0	2,0	2,0	6,0	3,0	3,0	2,5	1,5	3,0	3,0	2,5	6,0	3,0	3,0	2,0	4,0	2,5	2,5	2,5	2,0	1,5	2,5	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,0	4,5	6,5	4,0	
	Mediana	2,0	2,0	2,0	6,0	3,0	3,0	2,5	1,5	3,0	3,0	2,5	6,0	3,0	3,0	2,0	4,0	2,5	2,5	2,5	2,0	1,5	2,5	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,0	4,5	6,5	4,0	
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desvio	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,4	0,7	0,7	1,4	1,4	2,1	0,0	2,8	0,0	0,0	1,4	0,7	2,1	0,7	0,0	0,7	0,7	0,7	0,0	2,1	1,4	3,5	0,0	2,8	3,5	0,7	1,4	
Hospital 2	Média	3,4	3,3	4,9	5,4	2,4	3,2	3,8	4,9	5,0	3,9	4,3	5,8	2,8	2,7	2,3	2,7	3,8	4,0	4,1	3,7	3,5	3,6	2,7	4,4	3,6	4,7	6,4	4,3	6,3	4,1	6,0	4,9	
	Mediana	3,0	2,0	6,0	6,0	2,0	3,0	4,0	5,0	6,0	5,0	4,0	6,0	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	5,0	5,0	4,0	3,0	3,0	2,0	4,0	3,0	6,0	7,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Desvio	1,7	1,8	1,8	1,5	1,2	1,6	1,7	1,4	1,9	1,9	1,5	1,1	1,8	1,5	1,3	1,8	1,4	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0	1,4	1,6	1,7	2,4	1,0	1,7	0,6	2,1	0,8	1,8	
Hospital 3	Média	5,0	4,5	3,0	4,0	1,5	6,0	3,0	3,5	2,5	3,5	5,0	3,0	1,5	1,0	1,5	1,5	3,0	1,0	4,0	4,5	1,0	6,0	1,0	3,5	1,0	4,0	6,5	1,0	6,0	2,5	6,5	3,5	
	Mediana	5,0	4,5	3,0	4,0	1,5	6,0	3,0	3,5	2,5	3,5	5,0	3,0	1,5	1,0	1,5	1,5	3,0	1,0	4,0	4,5	1,0	6,0	1,0	3,5	1,0	4,0	6,5	1,0	6,0	2,5	6,5	3,5	
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Desvio	1,4	0,7	2,8	4,2	0,7	1,4	1,4	2,1	2,1	0,7	1,4	2,8	0,7	0,0	0,7	0,7	1,4	0,0	2,8	0,7	0,0	1,4	0,0	3,5	0,0	4,2	0,7	0,0	0,0	2,1	0,7	3,5	
Centro de Reabilitação	Média	2,8	3,5	4,5	6,0	1,5	3,0	1,5	3,0	5,0	5,3	2,3	3,3	4,5	3,3	2,8	1,8	3,8	4,3	4,5	3,8	2,5	4,5	3,5	4,8	3,8	4,3	5,3	3,8	6,0	5,0	6,0	5,0	
	Mediana	2,0	3,5	4,5	6,0	1,5	3,0	1,5	2,5	5,0	5,0	2,0	3,0	5,0	2,0	2,5	2,0	3,5	4,0	4,5	4,0	2,0	4,0	3,0	4,5	3,5	4,5	5,0	3,0	7,0	5,5	7,0	5,0	
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desvio	1,5	1,3	2,1	0,8	0,6	1,8	0,6	1,4	1,2	1,5	1,3	2,2	2,6	2,5	1,7	0,5	1,0	1,5	1,3	1,5	1,9	1,9	1,7	1,0	2,1	1,7	1,3	1,5	2,0	2,2	2,0	0,8	
Unidade de Saúde Familiar 1	Média	3,4	3,1	4,2	5,0	2,6	2,7	2,8	4,5	4,8	4,4	3,3	3,0	3,8	4,2	3,2	2,5	4,8	4,9	4,8	4,1	4,0	4,2	3,8	4,6	3,8	4,2	5,8	5,2	6,5	4,4	6,7	5,3	
	Mediana	3,0	3,0	4,5	5,0	2,0	2,0	2,5	5,0	5,0	5,0	3,5	3,0	3,5	4,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	4,5	4,0	4,0	3,5	5,0	4,0	4,5	6,0	5,0	7,0	5,0	7,0	6,0	
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Desvio	1,3	1,4	1,4	1,6	1,2	1,2	1,4	1,2	1,1	1,4	1,1	1,9	1,6	1,6	1,7	1,4	0,9	1,5	1,5	2,1	1,5	1,8	1,8	1,2	1,5	2,0	0,8	1,3	0,7	2,1	0,5	1,3	
Unidade de Saúde Familiar 2	Média	4,6	3,7	5,1	5,5	4,0	4,1	3,9	4,3	5,3	5,0	3,5	2,1	4,8	5,1	4,7	3,4	5,5	5,3	5,5	5,6	4,5	4,9	4,9	4,8	4,5	4,1	5,6	5,3	5,9	4,1	6,3	4,3	
	Mediana	5,0	4,0	5,0	6,0	3,0	4,0	3,0	5,0	5,0	5,0	3,0	1,0	5,0	6,0	5,0	3,0	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	6,0	6,0	6,0	4,0	6,0	5,0	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desvio	1,5	1,2	1,2	1,3	1,7	1,6	1,8	1,3	1,2	1,4	1,6	1,5	1,6	1,5	1,1	1,6	1,4	1,2	1,3	1,5	1,3	1,0	1,1	1,4	1,7	1,6	1,6	1,0	0,7	2,0	0,6	1,7	
Total	Média	3,8	3,4	4,6	5,4	2,9	3,6	3,3	4,2	4,9	4,4	3,6	3,6	3,7	3,8	3,3	2,8	4,5	4,5	4,7	4,4	3,8	4,4	3,7	4,6	3,9	4,2	5,8	4,7	6,1	4,2	6,3	4,6	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Desvio	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	2,0	1,4	1,5	1,0	2,0	0,8	1,7	

## ANEXO E: Distribuição das respostas por anos de experiência

**Quadro A.5:** Distribuição das respostas por anos de experiência

Anos de experiência	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32		
< 5 anos	Média	3,2	3,1	4,3	5,8	3,3	3,9	3,5	4,8	4,7	4,3	3,9	4,6	3,7	3,4	3,5	3,0	4,3	4,1	4,3	4,1	3,9	4,6	3,6	4,5	3,3	4,7	6,1	4,4	6,6	4,1	6,3	5,4	
	Mediana	2,0	3,0	4,5	6,0	3,0	4,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,5	4,0	5,0	4,5	4,0	5,0	3,0	5,0	3,0	5,5	7,0	5,0	7,0	5,0	6,0	6,0	
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Desvio	1,7	1,3	1,7	1,2	1,7	1,4	1,4	1,6	1,7	1,7	1,6	2,1	2,2	1,9	2,0	1,6	1,7	1,9	2,1	1,8	1,8	1,7	1,8	1,5	1,5	2,1	1,1	1,6	0,6	2,1	0,8	1,2	
5 a 9 anos	Média	3,4	2,9	4,4	4,9	2,3	2,9	2,9	3,9	5,1	3,9	3,1	2,6	3,1	4,0	3,0	2,8	5,0	5,3	4,6	3,9	3,4	4,0	3,6	4,6	4,3	5,1	5,8	5,4	6,5	4,3	6,4	4,3	
	Mediana	3,0	2,5	5,0	5,0	2,0	2,5	2,5	4,0	6,0	4,0	3,0	1,5	2,5	4,5	2,5	2,0	5,0	5,5	4,5	4,0	2,5	4,0	3,0	5,0	5,0	5,5	5,5	6,0	6,5	5,0	6,5	4,5	
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Desvio	1,4	1,4	1,8	1,6	1,4	1,6	1,8	1,8	1,2	1,7	1,8	2,1	2,0	2,2	2,1	1,8	1,3	1,3	1,3	2,6	2,3	2,3	1,8	1,5	1,7	1,7	0,9	1,1	0,5	1,7	0,7	1,9	
10 a 19 anos	Média	4,1	3,7	4,8	5,3	2,6	3,6	3,0	4,1	4,6	4,4	3,6	3,4	3,9	2,9	2,9	2,2	4,3	4,3	5,2	4,6	3,0	4,7	3,7	5,1	3,7	4,2	5,8	4,1	6,0	4,9	6,3	4,4	
	Mediana	5,0	4,0	6,0	6,0	2,0	2,0	3,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	3,0	5,0	3,0	5,0	3,0	5,0	6,0	5,0	6,0	6,0	7,0	5,0	
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	Desvio	1,5	1,6	1,9	2,3	1,5	2,2	1,1	1,4	1,7	1,4	1,2	2,2	2,2	1,8	1,4	1,5	1,4	1,7	1,2	1,4	1,5	2,1	1,9	1,1	1,9	1,9	1,7	1,7	1,3	2,5	1,3	1,9	
20 a 29 anos	Média	3,8	3,8	4,0	5,8	1,8	3,0	3,8	3,3	4,8	4,0	4,0	2,3	4,0	4,3	3,5	1,8	4,5	4,8	5,5	5,0	4,8	4,8	4,0	4,8	5,0	3,3	5,5	5,0	5,8	5,0	6,5	4,5	
	Mediana	3,5	3,5	4,5	6,0	1,5	2,5	3,0	3,5	4,5	4,0	4,5	2,0	4,5	4,5	3,5	2,0	4,5	5,5	5,5	4,5	4,5	5,0	4,5	4,5	5,5	3,0	5,0	5,0	5,5	5,5	6,5	5,0	
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Desvio	1,7	1,7	2,2	0,5	1,0	2,2	2,4	1,0	1,0	1,8	1,4	1,3	2,4	2,8	1,3	0,5	2,1	1,9	0,6	1,4	1,0	0,5	2,4	1,0	1,4	1,5	1,0	0,8	1,0	1,4	0,6	1,0	
30 a 39 anos	Média	4,4	3,7	4,8	5,4	3,7	3,4	3,7	3,9	4,6	4,3	3,6	4,0	4,2	4,1	3,7	3,8	4,1	4,2	4,7	5,1	3,7	4,1	3,9	3,8	4,8	4,3	5,2	5,0	5,4	3,2	6,2	4,0	
	Mediana	5,0	5,0	5,0	6,0	3,0	3,0	3,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	4,0	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	5,0	4,0	6,0	6,0	6,0	2,0	6,0	3,0		
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	Desvio	1,5	1,7	1,5	1,0	1,7	1,4	2,1	1,3	1,2	1,4	1,8	2,2	1,7	1,8	1,5	1,5	1,5	2,0	1,9	1,7	1,9	1,5	2,0	1,9	1,7	1,8	1,9	1,7	1,1	1,9	0,7	1,9	
> ou = 40 anos	Média	5,0	4,2	5,2	4,8	3,0	4,6	3,2	4,6	6,2	6,2	3,2	3,0	3,4	4,8	3,0	2,6	5,4	5,0	5,0	4,2	4,6	4,0	3,6	5,0	3,8	1,6	5,6	5,0	5,8	4,2	6,4	4,0	
	Mediana	5,0	4,0	6,0	5,0	2,0	6,0	3,0	5,0	6,0	6,0	3,0	3,0	4,0	5,0	2,0	2,0	5,0	4,0	5,0	4,0	5,0	4,0	3,0	6,0	3,0	2,0	6,0	5,0	6,0	6,0	6,0	4,0	
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desvio	1,2	2,0	1,9	1,6	1,7	1,9	1,9	1,1	0,8	0,4	1,3	2,1	1,9	1,8	1,9	2,1	1,1	1,4	1,0	2,3	1,7	1,6	1,8	1,4	2,2	0,5	2,1	1,9	0,4	2,5	0,5	1,6	
Total	Média	3,8	3,4	4,6	5,4	2,9	3,6	3,3	4,2	4,9	4,4	3,6	3,6	3,7	3,8	3,3	2,8	4,5	4,5	4,7	4,4	3,8	4,4	3,7	4,6	3,9	4,2	5,8	4,7	6,1	4,2	6,3	4,6	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0		
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	
	Desvio	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	2,0	1,4	1,5	1,0	2,0	0,8	1,7	

## ANEXO F: Distribuição das respostas por profissão

**Quadro A.6:** Distribuição das respostas por profissão

Profissão		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	
Enfermeiro	Média	4,2	3,7	4,8	5,0	2,6	3,8	3,3	4,0	4,9	4,5	3,5	3,2	3,9	3,7	3,0	2,1	4,4	4,8	5,0	4,6	3,6	4,5	3,9	4,7	4,5	3,9	5,1	4,9	5,7	3,7	6,3	4,2	
	Mediana	4,0	4,0	5,0	5,0	2,0	4,0	3,0	4,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	2,0	4,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	4,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	3,0	7,0	4,0	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desvio	1,6	1,8	1,7	1,5	1,8	1,7	2,0	1,1	1,0	1,4	1,2	1,8	2,0	2,0	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,9	1,5	1,6	1,9	1,2	1,6	1,7	1,8	1,2	1,1	2,2	1,1	1,4
Médico	Média	3,6	3,2	4,6	5,6	3,1	3,4	3,5	4,5	5,0	4,4	3,7	3,8	3,6	3,8	3,4	3,1	4,7	4,5	4,6	4,3	4,0	4,2	3,6	4,5	3,7	4,5	6,2	4,8	6,4	4,6	6,3	5,0	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	3,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	3,0	5,0	7,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Desvio	1,6	1,4	1,7	1,3	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,7	1,6	2,3	1,9	1,8	1,8	1,6	1,5	1,6	1,7	1,9	1,7	1,7	1,6	1,5	1,7	2,0	0,9	1,5	0,6	2,0	0,7	1,6	
TSDT	Média	4,0	4,0	3,8	5,2	2,8	4,0	2,8	3,4	3,8	4,4	3,6	3,8	4,2	3,6	3,4	3,2	4,0	3,2	4,8	4,6	3,0	5,2	3,4	4,4	3,6	3,0	5,0	3,8	5,4	3,6	6,6	3,4	
	Mediana	4,0	4,0	5,0	6,0	2,0	5,0	2,0	2,0	4,0	4,0	4,0	5,0	5,0	3,0	2,0	2,0	4,0	1,0	6,0	5,0	1,0	5,0	2,0	6,0	5,0	2,0	5,0	5,0	6,0	4,0	7,0	3,0	
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desvio	2,0	1,2	2,2	2,4	1,6	2,4	1,1	1,9	2,3	2,1	2,1	2,2	2,6	2,8	2,5	2,2	2,1	3,0	2,2	1,8	2,8	2,0	2,9	2,3	2,4	2,3	1,9	2,6	1,5	2,1	0,5	2,1	
Total	Média	3,8	3,4	4,6	5,4	2,9	3,6	3,3	4,2	4,9	4,4	3,6	3,6	3,7	3,8	3,3	2,8	4,5	4,5	4,7	4,4	3,8	4,4	3,7	4,6	3,9	4,2	5,8	4,7	6,1	4,2	6,3	4,6	
	Mediana	4,0	3,0	5,0	6,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0	6,0	5,0	6,0	5,0	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Desvio	1,6	1,5	1,7	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	2,0	1,4	1,5	1,0	2,0	0,8	1,7	



**ANEXO G:** N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta

**Quadro A.7:** N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta

PERGUNTAS	DISCORDO ABSOLUTAMENTE	DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO	CONCORDO ABSOLUTAMENTE
Q1	1	15	8	5	12	10	0
Q2	4	14	9	8	12	4	0
Q3	2	8	4	6	12	15	4
Q4	1	4	1	2	13	20	10
Q5	9	17	12	3	4	5	1
Q6	4	13	10	8	6	9	1
Q7	6	12	12	10	3	7	1
Q8	1	8	8	6	18	9	1
Q9	2	3	2	10	14	16	4
Q10	1	7	8	8	12	11	4
Q11	4	11	8	13	9	5	1
Q12	15	5	3	5	10	10	3
Q13	8	11	7	3	8	11	3
Q14	7	11	9	2	7	13	2
Q15	7	14	11	3	9	6	1
Q16	10	19	9	1	7	5	0
Q17	0	6	9	8	14	9	5
Q18	5	2	7	8	12	13	4
Q19	2	4	7	6	11	16	5
Q20	3	10	2	8	10	12	6
Q21	7	8	7	9	9	10	1
Q22	3	6	7	7	14	9	5
Q23	5	12	11	2	9	11	1
Q24	1	4	7	11	12	13	3
Q25	3	12	9	0	16	10	1
Q26	4	12	3	7	8	10	7
Q27	0	4	0	2	13	12	20
Q28	2	4	6	4	16	17	2
Q29	0	0	2	0	8	21	20
Q30	5	12	4	2	8	15	5
Q31	0	0	1	1	2	23	24
Q32	2	5	8	4	13	15	4

**ANEXO H: N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta para a importância**

**Quadro 5: N.º de respostas obtidas por pergunta e opção de resposta para a importância**

Importância por pergunta	Nenhuma	Pouca	Moderada	Alguma	Muita
IQ1	0	2	8	8	33
IQ2	0	3	7	14	27
IQ3	0	3	8	18	22
IQ4	1	1	12	15	22
IQ5	1	1	6	11	32
IQ6	1	3	13	16	18
IQ7	1	4	7	15	24
IQ8	0	1	11	19	20
IQ9	0	0	8	15	28
IQ10	0	0	7	14	30
IQ11	0	0	8	15	28
IQ12	2	4	12	16	17
IQ13	0	2	4	4	41
IQ14	0	1	3	5	42
IQ15	0	1	1	13	36
IQ16	0	0	3	10	38
IQ17	0	0	1	13	37
IQ18	0	0	4	14	33
IQ19	0	1	10	13	27
IQ20	0	0	6	13	32
IQ21	0	0	6	17	28
IQ22	0	0	4	15	32
IQ23	0	1	5	13	32
IQ24	0	0	3	17	31
IQ25	1	0	3	9	38
IQ26	1	3	6	20	21
IQ27	0	0	2	10	39
IQ28	0	1	4	12	34
IQ29	0	0	4	8	39
IQ30	1	6	10	19	15
IQ31	0	0	1	9	41
IQ32	0	2	7	14	28