

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO

Catarina Mafalda Pais Aguiar

Projecto de Mestrado  
em Marketing

Orientadora:

Mestre Mafalda Santos de Andrade do Rosário,  
Docente universitária na área de Marketing

Co-orientador:

Prof. Doutor António Rosado, Faculdade de Motricidade Humana

Abril de 2010

## ***AGRADECIMENTOS***

---

Na elaboração deste projecto contei com a ajuda incansável de muitas pessoas e algumas entidades, a quem muito agradeço. Passo a enumerar:

- Aos meus pais porque nos momentos em que duvidei que conseguiria sempre me apoiaram, cada um à sua maneira;
- Ao Dr. Domingos Machado: profissional determinante para que eu tivesse acesso ao quotidiano de um Serviço que integra o grupo pioneiro do Projecto da Humanização da Saúde nos hospitais portugueses; pessoa incansável, tendo generosamente disponibilizado o seu escasso tempo livre para me ajudar neste trabalho;
- À Dra. Isabel Rio Carvalho por, inicialmente e sem o saber, ter dado o mote para este trabalho. Por estar de corpo e alma no projecto de humanizar a saúde em Portugal;
- Aos meus orientadores – Mestre Mafalda Rosário e Prof. Dr. António Rosado – pelo rigor e por me fazerem pensar;
- Ao Hospital de Santa Cruz, onde desenvolvi este projecto e contei com a colaboração dos profissionais de saúde, na melhoria do questionário-piloto e na aplicação dos questionários finais;
- À Dra. Isabel Gonçalves por estar sempre lá e por me incentivar a fazer mais e melhor;
- Ao Prof. Dr. Alexandre Linhares Furtado porque foi essencial e por simpaticamente achar que escrevo bem;
- Ao Dr. Emanuel Furtado pela aplicação diária do conceito que aqui promovo – humanização. Que se mantenha assim apesar da vicissitudes!
- À Dra. Ana Maria Calvão pelo entusiasmo demonstrado no meu envolvimento neste projecto e por todo o apoio;
- Aos meus amigos pelo apoio, pela força, pela paciência e por não terem duvidado das minhas capacidades;
- A todos os que não mencionei mas que me tornaram na pessoa que sou hoje.

## ***RESUMO***

---

O objectivo deste projecto é avaliar a percepção da qualidade dos serviços prestados na Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz. Pretende-se também alertar para a importância da humanização nos cuidados de saúde. Através deste trabalho demonstra-se que saúde e marketing estão ligados pela personalização.

Para colmatar a subjectividade inerente à avaliação da percepção da qualidade dos serviços foi usado o modelo SERVPERF, proposto por Cronin e Taylor. Este instrumento, composto por 5 dimensões, permite concluir acerca da satisfação dos inquiridos. O questionário aplicado avalia dimensões como tangibilidade, confiança, atendimento ou prontidão na resposta, garantia e segurança, e empatia. Através da análise de dados concluiu-se que a percepção que utentes têm, bem como a percepção que os profissionais de saúde consideram ser a dos utentes, são bastante satisfatórias.

A dimensão humanização foi adicionada às dimensões do instrumento SERVPERF. Concluiu-se que tanto utentes como profissionais de saúde consideram que o futuro da Medicina passa pela humanização.

As dimensões garantia e confiança estão directamente relacionadas com o nível de escolaridade dos utentes, bem como o número de idas ao hospital influencia a empatia dos mesmos.

Utentes e profissionais de saúde demonstram a sua insatisfação com a dimensão tangibilidade, obtendo maior satisfação com as dimensões confiança e humanização, respectivamente.

Verificou-se que a satisfação global dos utentes com a Unidade de Transplantação Renal é independente do seu género, idade, nível de escolaridade, tempo de transplante e número de idas ao hospital.

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde deveria ser monitorizada frequentemente e aplicada num maior número de serviços de saúde.

Prevê-se que a humanização venha a ser uma dimensão bastante importante na satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde.

## ***ABSTRACT***

---

The main goal of this study is measure quality services provided in the Renal Transplant Unit, at Santa Cruz Hospital. It is also intended to alert the importance of humanization in the health care system. Through this study, is evidenced that health care and marketing are connected through customization.

To suppress the subjectivity inherent to the assess of quality services the SERVPERF model was used, proposed by Cronin and Taylor. This tool, composed with 5 dimensions, allow us to conclude about the respondents' satisfaction. The survey used in this study assesses dimensions such as, tangibility, reliability, responsiveness, assurance and safety, and empathy. Through data analysis, it was concluded that users' perception is quite satisfactory. It was also concluded that health care professionals' perception, considering users' point of view, is quite satisfactory.

Humanization dimension was added to the dimensions of the instrument SERVPERF. It was concluded that both users and health care professionals consider that Medicine future relies on humanization.

Reliability and assurance dimensions are directly related to users' educational level, as well as the number of hospital visits influence their empathy.

Users and health care professionals demonstrate their dissatisfaction with tangibility dimension, acquiring greater satisfaction with confidence and human dimensions, respectively.

It was concluded that users' global satisfaction with Renal Transplant Unit is independent of their gender, age, educational level, number of years of the renal transplantation and number of hospital visits.

Measuring quality in health care services should be monitored frequently and applied in a larger number of health services.

It is forecasted that humanization will be a very important dimension regarding users and health care professionals' satisfaction.

**JEL** : M31, M39 e I19

## ***SUMÁRIO EXECUTIVO***

---

Este trabalho tem como objectivo avaliar a qualidade dos serviços prestados na Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz, realçando a importância da humanização.

Foi escolhida a Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz para realizar este estudo uma vez que esta unidade constitui um serviço-piloto que irá avaliar o impacto da humanização nos cuidados de saúde.

O objectivo da Associação Portuguesa de Humanização na Saúde é provar que serviços de saúde mais humanizados são serviços de saúde com maior qualidade e que proporcionam maiores níveis de satisfação aos seus utentes.

Os serviços que pretendem ser alvo desta investigação, são inicialmente avaliados. Após a introdução de diversas formas de humanização, serão novamente sujeitos a avaliação. O que se pretende concluir é que a humanização é necessária para aumentar o nível de satisfação dos utentes, aumentando a qualidade dos serviços prestados.

A humanização pode ser vista como a forma de tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades.

Obviamente, as necessidades dos utentes são diferentes, logo, não devem ser tratadas de forma semelhante.

A filosofia da humanização é satisfazer as necessidades únicas de cada utente, entendendo-o como um indivíduo diferente de todos os outros. Assim, humanização é sinónimo de personalização.

A implementação da humanização nos cuidados de saúde é equivalente ao marketing *one-to-one* uma vez que são ambos personalizados.

### ***Estudo***

Foi realizado um inquérito por questionário. Aplicou-se o modelo SERVPERF, que utiliza dimensões como tangibilidade, confiança, atendimento ou prontidão na resposta, garantia e segurança, e empatia para concluir acerca da satisfação dos

utilizadores. Através desta análise foram identificados os pontos fortes e fracos da Unidade de Transplantação Renal.

A avaliação da qualidade dos serviços incluiu a dimensão humanização, cujo conceito é bastante subjectivo. Por isso, no questionário optou-se por perceber, dando uma pequena indicação do que é humanização, o que os utentes sabem acerca do assunto, se o consideram importante e quais são as repercussões da sua aplicação. Procedeu-se da mesma forma para os profissionais de saúde.

### ***Resultados***

Os utentes obtêm maior satisfação com a dimensão confiança, revelando-se insatisfeitos com a tangibilidade. Consideram que as estruturas físicas não são adequadas, no entanto, confiam no serviço prestado pelos profissionais de saúde da Unidade de Transplantação Renal.

Os profissionais de saúde estão mais satisfeitos com a dimensão humanização, estando insatisfeitos com a dimensão tangibilidade. Assim, sentem-se mais incomodados e insatisfeitos com as condições físicas da Unidade de Transplantação Renal. No entanto, valorizam mais a dimensão humanização, o que corrobora a revisão da literatura onde se refere que quem sente maior necessidade de ver a humanização implementada são os próprios profissionais de saúde.

Verificou-se uma relação significativa entre o nível de escolaridade dos utentes e as dimensões confiança e empatia.

Utentes com menor nível de escolaridade (até 3º Ciclo do Ensino Básico) têm mais confiança no serviço prestado pela Unidade de Transplantação Renal e estabelecem uma relação de maior empatia com os profissionais de saúde.

Utentes com escolaridade até ao Ensino Secundário são aqueles que têm menor confiança no serviço prestado pela Unidade de Transplantação Renal e que estabelecem uma relação mais distante com os profissionais de saúde, demonstrando menor empatia.

Utentes com escolaridade equivalente ao Ensino Superior demonstram níveis intermédios de confiança no serviço prestado pela Unidade de Transplantação Renal. Relativamente à empatia também demonstram níveis intermédios.

Concluiu-se acerca da relação estatisticamente significativa entre o número de idas dos utentes ao hospital, nomeadamente, à Unidade de Transplantação Renal, e o seu nível de empatia.

Assim, verifica-se maior empatia em utentes que se deslocam à Unidade de Transplantação Renal menos de 10 vezes por ano.

A satisfação global dos utentes com a Unidade de Transplantação Renal é independente do seu género, idade, nível de escolaridade, tempo de transplante e do número de idas ao hospital.

Tanto a percepção dos utentes como a que os profissionais de saúde julgam ser a dos utentes revelam níveis de satisfação elevados. Os utentes estão ‘muito satisfeitos’ com os serviços prestados na Unidade de Transplantação Renal. No entanto, os profissionais de saúde consideram que os utentes não estão ‘muito satisfeitos’ com o serviço, mas apenas ‘satisfeitos’. Aos olhos dos profissionais de saúde, os utentes são mais pessimistas do que na realidade são.

## *Índice Geral*

---

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO .....	iii
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	v
Índice Geral .....	viii
Índice de Figuras.....	x
Índice de Tabelas.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA .....	4
CAPÍTULO 3 - REVISÃO DA LITERATURA .....	5
<i>Contextualização do Estado de Saúde dos Portugueses</i> .....	5
<i>O que os doentes valorizam</i> .....	6
<i>Medição da Qualidade dos Serviços</i> .....	6
<i>Instalações</i> .....	10
<i>A origem da Humanização</i> .....	10
<i>Humanização em Contexto Hospitalar</i> .....	14
<i>Os utentes e os seus direitos</i> .....	15
<i>Relação Médico-Paciente</i> .....	17
<i>Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde</i> .....	19
<i>Comunicação em Saúde</i> .....	19
<i>Relação da Humanização da Saúde com o Marketing</i> .....	22
CAPÍTULO 4 – ELABORAÇÃO DE QUADRO CONCEPTUAL .....	27
CAPÍTULO 5 – MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS .....	29
<i>Participantes</i> .....	29
<i>Medidas</i> .....	30
<i>Procedimento</i> .....	32
<i>Modelo a utilizar</i> .....	33
<i>Procedimentos Estatísticos</i> .....	38
CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS .....	39



<b>CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>CAPÍTULO 8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>
<i>JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ.....</i>	<i>74</i>
<i>RESUMO DA HISTÓRIA DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL.....</i>	<i>75</i>
<i>LEGISLAÇÃO PORTUGUESA .....</i>	<i>77</i>
<i>PERFIL DOS UTENTES .....</i>	<i>79</i>
<i>CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</i>	<i>80</i>
<i>QUESTIONÁRIOS.....</i>	<i>81</i>
<i>MODELO DE MENSURAÇÃO DA ESCALA SERVPERF.....</i>	<i>101</i>
<i>RELAÇÃO DA SATISFAÇÃO GLOBAL DOS UTENTES COM O GÉNERO E     NÍVEL DE ESCOLARIDADE.....</i>	<i>104</i>
<i>IDADE DOS UTENTES.....</i>	<i>105</i>
<i>GÉNERO DOS UTENTES.....</i>	<i>106</i>
<i>NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS UTENTES.....</i>	<i>107</i>
<i>TEMPO DE TRANSPLANTE DOS UTENTES.....</i>	<i>108</i>
<i>NÚMERO DE IDAS DOS UTENTES AO HOSPITAL (UTR).....</i>	<i>109</i>
<i>DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS .....</i>	<i>110</i>

## ***Índice de Figuras***

---

Figura 1 - Modelo GAP da Qualidade de Serviços .....	8
Figura 2 – Esquema síntese da humanização .....	28

## ***Índice de Tabelas***

---

Tabela 1 - Prioridades dos doentes portugueses relativamente às consultas .....	6
Tabela 2 - Ajustamento do modelo SERVPERF ao âmbito hospitalar .....	39
Tabela 3 – Fiabilidade Compósita .....	40
Tabela 4 - Correlação das variáveis independentes com a satisfação global dos doentes .....	43
Tabela 5 - Estatísticas Descritivas – Relação entre satisfação global e género dos utentes .....	43
Tabela 6 - Estatísticas Descritivas – Relação entre satisfação global e nível de escolaridade dos utentes .....	44
Tabela 7 - Correlação da satisfação global dos doentes com os factores em estudo.....	44
Tabela 8 - Estatísticas Descritivas – Idade dos utentes e factores em estudo .....	46
Tabela 9 - Estatísticas Descritivas – Género dos utentes e factores em estudo.....	48
Tabela 10 - Estatísticas Descritivas - Nível de escolaridade dos utentes com os factores em estudo.....	50
Tabela 11 - Estatísticas Descritivas – Relação do tempo de transplante com os factores em estudo.....	51
Tabela 12 - Estatísticas Descritivas – Relação do número de idas ao hospital com os factores em estudo .....	53
Tabela 13 - Relação da percepção dos utentes e dos profissionais de saúde acerca da satisfação global .....	55
Tabela 14 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos utentes e dos profissionais de saúde acerca da satisfação global .....	55
Tabela 15 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos utentes.....	56
Tabela 16 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos profissionais de saúde.....	56
Tabela 17 - Melhorias no internamento (utentes).....	57
Tabela 18 - Melhorias na consulta externa (utentes).....	58
Tabela 19 - Melhorias nas análises clínicas (utentes).....	58
Tabela 20 - Melhorias na UTR (utentes).....	59
Tabela 21 - Melhorias no internamento (profissionais).....	60
Tabela 22 - Melhorias na consulta externa (profissionais).....	60
Tabela 23 - Melhorias nas análises clínicas (profissionais) .....	61
Tabela 24 - Melhorias nos outros MCD (profissionais) .....	61
Tabela 25 - Melhorias na UTR (profissionais).....	62

***Lista de Abreviaturas***

---

**APHS** – Associação Portuguesa de Humanização na Saúde

**CHLO** – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Inclui o Hospital de Santa Cruz, o Hospital Egas Moniz e o Hospital São Francisco Xavier.

**GCCOT** – Gabinete de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação. O Hospital de Santa Cruz pertence ao GCCOT do Hospital de Santa Maria.

**HSC** – Hospital de Santa Cruz

**MCD** – Meios Complementares de Diagnóstico. Por meios complementares de diagnóstico entendem-se as análises clínicas, bem como outras técnicas - radiografias, ecografias, ressonâncias magnéticas nucleares, tomografia axial computadorizada, etc.

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada. É um exame complementar de diagnóstico por imagem.

**UTR** – Unidade de Transplantação Renal (refere-se sempre à UTR do HSC)

## ***CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO***

---

O tema escolhido para este projecto de mestrado é a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Esta temática é bastante importante dado que os utentes estão cada vez mais conscientes dos seus direitos, exigindo qualidade nos serviços que lhes são prestados.

Assim, verifica-se a necessidade de avaliar os serviços de saúde nas suas diversas dimensões.

Serviços de saúde onde as instalações são inadequadas e a satisfação dos utentes é elevada, pode justificar-se pela qualidade da relação estabelecida entre os utentes e os profissionais de saúde.

Um bom relacionamento entre o utente e todos os intervenientes que com ele contactam aquando de uma ida ao hospital ou um internamento são fulcrais. Quando se está debilitado todos os pormenores são importantes.

Como tal, pretendem-se compreender as interações dos utentes com os profissionais de saúde, para que se possa concluir acerca da sua influência na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

O foco escolhido consiste na medição da qualidade dos serviços de saúde, realçando a importância da humanização.

Dever-se-iam consciencializar os profissionais de saúde e restantes cidadãos para o facto de a pessoa internada estar mais fragilizada. Se estiver internada num ambiente acolhedor, em que os médicos, enfermeiros e auxiliares são atenciosos, que a animem e que a façam ‘esquecer’ dos seus problemas, auxiliará na sua recuperação. Acontece que nem sempre os profissionais de saúde têm esta disponibilidade para os seus doentes.

Porém, se cada vez mais for implementado este sistema de humanização, melhor é a percepção com que os cidadãos ficam daquele serviço de saúde, conferindo-lhe uma maior notoriedade.

Quanto maior for a divulgação do tema, e mais perceptível se tornar para a maioria dos cidadãos, melhor se tornará a sociedade. Assim, todos os intervenientes estarão alerta para proporcionar melhores condições relacionais aos utentes, aumentando a qualidade dos serviços de saúde.

A humanização permitirá melhorar o contacto com os doentes uma vez que a personalização dos cuidados de saúde conduz à percepção de melhor qualidade do serviço.

No entanto, é necessário destacar alguns problemas no que diz respeito à abordagem da humanização.

Conseguir que os profissionais de saúde se adaptem aos diversos utentes e apliquem o conceito de humanização é um deles.

Analisar o impacto que a implementação da humanização nos cuidados de saúde poderá ter na performance dos serviços médicos será outro obstáculo a ultrapassar.

E, por fim, analisar a percepção que os utilizadores dos cuidados hospitalares têm sobre a humanização dos cuidados de saúde.

Quanto às dimensões do problema deve ter-se em conta que a formação em humanização da saúde é quase inexistente. Quem provavelmente estará mais ao corrente deste conceito serão os profissionais das unidades de pediatria, bem como os que contactam diariamente com doentes terminais, acamados, que estão entregues aos cuidados paliativos, enfim, os colaboradores que contactam com os cuidados da dor.

Outra potencial dificuldade consiste na medição de aspectos completamente díspares, resultantes das diversas opiniões que, com certeza, irão surgir ao longo da avaliação das percepções dos utilizadores.

Avaliar a humanização – que em si é um processo intangível e que varia imenso de pessoa para pessoa, sendo portanto subjectivo – poderá constituir uma dificuldade acrescida, mas que com certeza será ultrapassada pelo método escolhido para fazer a análise da qualidade dos serviços de saúde.

O objectivo último do modelo aplicado é a satisfação do cliente, alcançada através da qualidade dos serviços de saúde. A aposta na diferença entre a percepção e a expectativa do desempenho definem o modelo SERVQUAL. No entanto, autores como Cronin e Taylor (1992), baseando-se nesse mesmo modelo, desenvolveram outro designado por SERVPERF, tendo apenas em consideração a percepção do desempenho. Assim, nesta análise a avaliação da humanização será feita recorrendo ao modelo SERVPERF.

Os objectivos da investigação incluem a divulgação do que actualmente já se faz em Portugal no âmbito da humanização da saúde, bem como a consciencialização dos intervenientes hospitalares para a importância da humanização dos cuidados de saúde. Esta análise será feita apenas na Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz.

O intuito da investigação é mostrar como marketing e saúde se podem relacionar, tendendo para um objectivo comum: a personalização.

Pretendem-se integrar todas as dimensões relevantes para os utentes e profissionais de saúde na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Outra finalidade da investigação é contribuir, através deste projecto de mestrado, com informação relevante para a Associação Portuguesa de Humanização na Saúde, permitindo o acesso aos resultados obtidos neste estudo.

## ***CAPÍTULO 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA***

---

Este trabalho visa fornecer informação válida à recentemente criada Associação Portuguesa de Humanização na Saúde, que conta com a colaboração de diversas unidades de variados hospitais. As unidades hospitalares constituem ‘serviços-piloto’ que aderiram ao projecto de investigação, levado a cabo pela APHS, a fim de recolher informações acerca da satisfação dos utentes e das respectivas famílias.

A APHS contará também com o patrocínio de diversas empresas. Algumas fornecerão *kits* que incluem: televisão, telemóvel, portátil com *webcam*, etc. O objectivo de incluir *kits* nesta análise é potenciar a satisfação dos utentes por via da humanização, que resulta da possibilidade de se sentirem num ambiente mais acolhedor, menos isolado, com maiores oportunidades de distração, entre outros.

Até que o projecto da APHS seja implementado, o estudo académico visa recolher dados para concluir acerca da qualidade do serviço numa unidade que aderiu ao projecto da APHS – a Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz (*ANEXO N°1 e N°2*).

No âmbito da área de marketing será interessante verificar o grau de importância da humanização nos cuidados de saúde; o contributo que tem a personalização para o aumento da satisfação dos utentes e das respectivas famílias, através de uma comunicação mais individualizada. Esta revela-se um factor-chave para que todos compreendam que a humanização é o que os utentes procuram. Esta mensagem bem comunicada, mostrando as vantagens de uma actuação concertada no mesmo sentido, facilitará em grande medida a adesão dos colaboradores a estas práticas. Naturalmente, através da obtenção de um posicionamento personalizado, as instituições conseguirão um maior nível de humanização, atraindo colaboradores com a mesma prática e motivando aqueles que são mais avessos à mudança. Uma postura como esta a nível organizacional permitirá obter um maior nível de satisfação dos utentes.

### ***CAPÍTULO 3 - REVISÃO DA LITERATURA***

---

Iniciaremos a revisão da literatura de acordo com a seguinte organização: contextualização do estado da saúde em Portugal, avaliação de aspectos tangíveis e, posteriormente, avaliação de aspectos intangíveis - onde se enquadra a humanização.

#### ***Contextualização do Estado de Saúde dos Portugueses***

A mais recente análise realizada pela OCDE ao estado de saúde em Portugal data de 1998. No estudo verificou-se a baixa eficiência do sector de saúde, caracterizado por grandes assimetrias regionais e pela falta de sintonia entre as orientações dadas pelo Ministério da Saúde e os organismos que as implementam (Ferreira, 1999).

Contudo, o estudo concluía que se tinha verificado uma melhoria significativa da qualidade de vida dos portugueses e que era possível afiançar a justiça na saúde (ibidem, 1999).

Examinando opiniões de outros autores, constata-se que existiam na década de 90 grandes iniquidades na saúde, força dos contrastes sociais, económicos e demográficos. Assim, concluiu-se que o estado de saúde estava directamente relacionado com a urbanização / litoralização dos municípios (Santana et al, 2004).

De acordo com informação mais recente, recolhida através do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 53,4% da população portuguesa classificava o seu estado de saúde como sendo *bom ou muito bom*; 32,7% considerava-o *razoável*; e 13,9% avaliava o seu estado de saúde como *mau ou muito mau* (INE e INSA, 2007).

No que se refere à qualidade de vida, o mesmo inquérito concluiu que 48,6% da população portuguesa considera que é *boa ou muito boa*, comparando com os 44,5% que referem que a sua qualidade de vida não é *nem má, nem boa* (ibidem, 2007).

Relacionando os dois indicadores supra indicados – avaliação do estado de saúde e avaliação da qualidade de vida – concluiu-se que a maioria das pessoas que



consideravam ter uma *boa* ou *muito boa* qualidade de vida percebem também uma avaliação favorável do seu estado de saúde. Para quem considera que tem *má* ou *muito má* qualidade de vida, a percentagem que avalia o seu estado de saúde como sendo *mau* ou *muito mau* é significativa (58,6%) (ibidem, 2007).

### ***O que os doentes valorizam***

Da análise de diversos estudos realizados entre 1966 e 1995 concluiu-se que os factores mais valorizados pelos doentes eram os seguintes, por ordem decrescente de importância: humanismo/humanidade; competência/precisão; envolvimento dos doentes nas decisões e o tempo de consulta com eles dispensado. Todos estes factores traduzem as prioridades dos doentes portugueses relativamente às consultas (Santos e Ribeiro, 2009). A **Tabela 1** demonstra essas prioridades.

**Tabela 1 - Prioridades dos doentes portugueses relativamente às consultas (Fonte: Adaptado de Ferreira e Raposo, 2006)**

- 
1. O médico deve ter tempo suficiente para me ouvir, explicar e falar comigo.
  2. O médico deve ser capaz de me prestar cuidados imediatos em caso de emergência.
  3. O médico não deve apenas curar doenças, deve também prestar serviços com vista a preveni-las.
  4. O médico deve frequentar regularmente cursos para se manter a par dos desenvolvimentos médicos.
  5. O médico deve ensinar-me a tomar os medicamentos.
  6. O médico deve fazer-me sentir à vontade para lhe contar os meus problemas.
  7. O médico deve ter um interesse pessoal em mim e pela minha situação de vida.
  8. O médico deve garantir a confidencialidade das informações dos seus pacientes.
  9. O médico deve querer avaliar a minha saúde regularmente.
  10. Deve ser possível marcar uma consulta com o médico num curto espaço de tempo.
- 

### ***Medição da Qualidade dos Serviços***

O instrumento escolhido avalia a qualidade dos serviços, através de factores como a satisfação dos usuários. Este modelo designa-se SERVQUAL e consiste numa ferramenta de diagnóstico das forças e fraquezas da empresa ao nível da qualidade

dos serviços. No entanto, o modelo SERVQUAL é baseado no modelo de GAP, proposto pelos mesmos autores (Cönsoli e Martinelli, 2001).

De acordo com os autores dos dois modelos – Parasuraman, Zeithaml e Berry – a qualidade de serviço bem como a satisfação do consumidor têm uma influência idêntica na intenção de compra. Concluíram, portanto, que a qualidade de serviço e a satisfação do consumidor estão muito correlacionadas entre si. Na sua opinião, a satisfação do consumidor conduz à qualidade do serviço (Parasuraman et al., 1994).

No modelo de GAP, podem ser identificados cinco *gaps* ou lacunas. No entanto, o Gap 5 – qualidade percebida - é função dos restantes *gaps*. Estes podem ser caracterizados da seguinte forma (Cönsoli e Martinelli, 2001):

- Gap 1 – Gap de conhecimento: representa a diferença entre as expectativas dos usuários do serviço e a percepção da empresa sobre essas mesmas expectativas.
- Gap 2 – Gap de padronização: representa a diferença entre a percepção da empresa sobre as expectativas dos usuários e o conjunto de especificações de qualidade sobre a execução dos serviços.
- Gap 3 – Gap de entrega ou execução: representa a diferença entre o conjunto de especificações de qualidade sobre a execução dos serviços e a actual qualidade dos serviços prestados.
- Gap 4 – Gap de comunicação: representa a diferença entre qualidade actual dos serviços prestados e a qualidade que é transmitida aos usuários através de comunicação externa.

Assim, o Gap 5 que é identificado pela qualidade percebida, representa a diferença entre as expectativas dos usuários e as suas percepções.

Todos estes *gaps* podem ser observados na **Figura 1**.

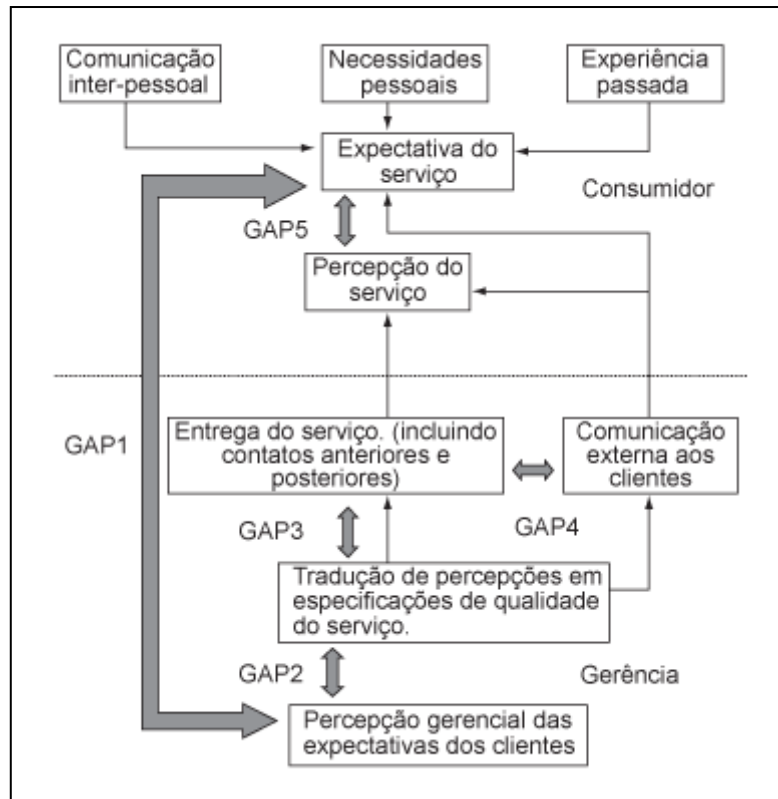


Figura 1 - Modelo GAP da Qualidade de Serviços (Fonte: Salomi et al., 2005)

No entanto, há que salientar a diferença entre satisfação e qualidade de serviço. A qualidade de serviço compara as percepções dos usuários para o serviço que uma empresa de alta qualidade deveria prestar, enquanto a satisfação compara as percepções dos usuários para uma empresa que não presta serviços de alta qualidade. Assim, a qualidade do serviço está associada a serviços de elevado padrão (ibidem, 2001).

O modelo de escala SERVQUAL surgiu como forma de testar o modelo GAP. Isto porque foi desenvolvido um questionário designado por escala SERVQUAL utilizando os elementos de satisfação obtidos através do modelo GAP (ibidem, 2001).

Através das melhorias na escala SERVQUAL foram encontradas cinco dimensões da qualidade: Confiança, Capacidade de Resposta, Garantia/Segurança, Empatia e Aspectos Tangíveis (Salomi et al., 2005). Ir-se-á analisar cada uma separadamente.

- *Confiança*: Traduz-se em conseguir prestar o serviço com exactidão e de forma consistente. É a mais importante dimensão do modelo porque depende do desempenho/performance do executante.
- *Capacidade de Resposta*: Disposição para ajudar outros com prontidão. Depende da motivação do funcionário para prestar o serviço e da prontidão da organização para oferecer o serviço.
- *Garantia / Segurança*: Há conhecimento do pessoal e da sua capacidade de transmitir confiança. Envolve a competência da empresa, aliada à cortesia com os consumidores, garantindo a segurança de todos os processos.
- *Empatia*: É a forma de experimentar sentimentos de terceiros como se fossem os da própria pessoa. É colocar-se no lugar do outro. Visa o cuidado e atenção oferecidos aos clientes. Só empresas que se coloquem no lugar dos consumidores, conseguirão perceber as necessidades dos clientes e adaptar os seus serviços aos mesmos.
- *Aspectos Tangíveis*: Estabelece a comparação entre as expectativas dos consumidores e o desempenho do pessoal. Assim, analisa instalações e equipamentos, mas também pessoal envolvido e o material de comunicação.

O questionário SERVQUAL tem duas secções distintas. Na primeira, estão registadas as expectativas dos clientes face a uma empresa extraordinária, líder de uma determinada indústria de serviços. Na segunda, é medida a percepção dos clientes face ao desempenho de uma empresa específica da mesma indústria de serviços. De notar que em cada secção estão 22 itens divididos em cinco dimensões de qualidade. Posteriormente terão que se comparar os resultados e verificar qual a lacuna para cada uma das cinco dimensões (Freitas e Cozendey, 2008).

Quanto maiores forem as lacunas, mais distantes estão as percepções dos clientes das expectativas, conduzindo a um resultado desfavorável. Quanto menor a lacuna, melhor é a avaliação da qualidade. Assim, este modelo serve para avaliar a qualidade do serviço e identificar falhas existentes. Melhorar a avaliação da qualidade implica que a percepção e a expectativa dos consumidores fiquem mais próximas e de acordo com o posicionamento que a empresa deseja transmitir (Salomi et al., 2005).

### ***Instalações***

Relativamente à avaliação de aspectos tangíveis, verifica-se que é insuficiente proporcionar boas instalações e infra-estruturas, quando a falta de acompanhamento, de afecto, de atenção e de solidariedade transformam o ambiente hospitalar num ambiente pouco humanizado. A melhoria das instalações só será significativamente importante quando estiver incluída num esquema global de humanização, onde devem interagir utentes, profissionais de saúde e gestores. Neste processo global deve considerar-se o contexto pessoal, familiar e social, dado que estão envolvidas mudanças comportamentais (Bettinelli et al., 2003).

Corroborando este ponto de vista, o Ministério da Saúde Brasileiro emitiu um documento onde afirma que como as tecnologias não funcionam sós, o factor humano influencia fortemente a sua eficácia. Assim, para se alcançar um sistema de qualidade há que reunir dois aspectos distintos: tecnologia e boa gestão de relações interpessoais. (Suely F. Deslandes, 2004).

A humanização deve começar pelo *“acolhimento, como o desempenho do funcionário ou a necessidade de eliminar separações físicas como um guiche”*. Deve-se estabelecer um diálogo de pessoa para pessoa, incitar confiança, ser cordial e *“não colocar o doente em situação de inferioridade”* (Carmo, 2006:1).

### ***A origem da Humanização***

Relativamente à avaliação de aspectos intangíveis, começaremos a contextualização pela origem da humanização.

A Medicina Ocidental é na sua origem uma ciência humanística, isto é, encara o homem como sendo constituído por corpo e espírito. Por isso, considera que as causas das doenças deviam ser procuradas não só nos órgãos como também na psique. Só esta distinguia os homens dos restantes seres vivos do planeta (Gallian, 2000).

Nesta perspectiva, o médico deve ser um humanista. Como tal, deve ter em conta não só os dados biológicos como também aspectos culturais, sociológicos, familiares, ambientais, psicológicos e espirituais. Assim, antes de ser médico é um filósofo, entendido não só nas leis da natureza como da psique (ibidem, 2000).

No século XVII, a ‘Nova Ciência’ corroborou a vertente humanística da Medicina, passando a ser olhada também como arte para além de ciência. Um século mais tarde a convicção era de que a Medicina seria mais sábia quanto mais se identificasse com a ciência das relações. Já no século XIX a ciência humanística continuou a dominar, apesar do desenvolvimento do método experimental ou científico (ibidem, 2000).

Portanto, durante o século XIX, o médico era visto como um sábio, conhecedor dos avanços da ciência, mas que também se interessava pelas denominadas ciências humanas. Deste modo, baseava-se em todas elas para efectuar diagnósticos. Curar era, portanto, uma operação humano-científica, dado que conhecia a psique e a cultura dos seus pacientes, bem como a vertente técnica da Medicina (ibidem, 2000).

Devido a estar presente no meio sócio-cultural dos seus pacientes, o papel do médico passava por acompanhar os familiares dos doentes, ajudando-os no sofrimento e na morte dos seus entes queridos, quando a Medicina não conhecia cura (ibidem, 2000).

Porém, muitas descobertas revolucionaram a Medicina. O aparecimento de novos métodos clínicos - como as análises laboratoriais - aliados à descoberta de novos medicamentos - como a penicilina - e grandes desenvolvimentos na área da microbiologia, proporcionaram o aumento da eficácia da cura (ibidem, 2000).

Os médicos estavam a conseguir dominar as doenças graças às ciências físico-químicas e biológicas, bem como aos desenvolvimentos tecnológicos. Todas estas evoluções condicionaram a formação e a actuação dos mesmos que foram alterando também as suas escalas de valores (ibidem, 2000).

Desta forma, as ciências experimentais foram ganhando terreno face às ciências humanas. Estas passaram a ser olhadas como ciências que podiam enriquecer o médico culturalmente, mas as novas descobertas científicas é que se mostravam realmente importantes e inovadoras. Acreditava-se que o conhecimento estava no estudo das ciências exactas e biológicas em detrimento das ciências humanas, e que através daquelas iam ser conhecidas as causas de quase todas as doenças. Isso permitiria prevenir e reverter a maioria delas (ibidem, 2000).

No entanto, a perspectiva humanista é importante para o médico enquanto elemento que deve construir uma relação com o seu paciente. O facto de se valorizar excessivamente a biologia e os meios tecnológicos tem gerado um afastamento entre o médico e o paciente, podendo contribuir para a desumanização do médico (ibidem, 2000).

O profissional de saúde tornou-se técnico e especialista em avaliar exames complexos e especializados, correndo o risco de descurar os aspectos humanos do paciente. Devido a diversas vicissitudes (organização hospitalar e gestão do seu tempo), o médico passou a ter menos tempo para dedicar ao paciente, para reflectir e para apostar numa formação mais diversificada (ibidem, 2000).

Em 2006, a falta de tempo dos médicos e o medo que o paciente tem de expôr as suas dúvidas permanecem como os principais motivos de degradação da relação entre médico e paciente. Não só porque o médico tem uma rotina mais agitada mas também por culpa das administrações hospitalares. Isto porque um médico que demore mais tempo a efectuar uma consulta é tido como lento e não produtivo. Como tal, o médico que conversa com o paciente é prejudicado em detrimento de um outro que apenas prescreve variados exames (Cohen, 2006).

No entanto, reflectindo sobre a história da Medicina, durante muito tempo o papel do médico não era o de prescrever medicação, mas sim ouvir o doente. Dado que na relação médico-doente a confiança é um factor fundamental, valorizava-se mais a relação com o doente do que a técnica (ibidem, 2006).

*“Aliás, está provado em diversos estudos de opinião, que os doentes tendem a valorizar mais a forma como são atendidos, o carinho com que são tratados e o bom relacionamento com o seu médico, do que propriamente a qualidade do acto médico em si. Ou seja, o doente tende a valorizar aquilo que conhece e domina melhor, e menos aquilo que lhe é desconhecido, por ser um acto técnico demasiadamente diferenciado para os seus conhecimentos. A humanização dos serviços e a qualidade do atendimento, juntamente com uma boa relação médico-doente, são pois os elementos essenciais para elevar o grau de satisfação dos doentes (...)”.* (Boquinhas, 2002:55)

Por isto, algumas universidades incluem na sua formação disciplinas que foquem a humanização, valorizando o relacionamento interpessoal entre o médico e o utente (Cohen, 2006).

Médicos e cientistas estão mais entusiasmados com as perspectivas das ciências exactas, esquecendo as ciências humanas. O problema que se coloca é a falta de reflexão sobre as consequências éticas, culturais e sociais que as ciências exactas podem despoletar (Gallian, 2000).

Teoricamente todos os médicos concordam que a ciência e a tecnologia não podem resolver todos os problemas. Na prática, poucos estão conscientes que realmente a ciência e a tecnologia não são solução para todos os problemas. Até porque os médicos irão continuar a enfrentar adversidades que não poderão ser combatidas apenas com conhecimentos científicos e tecnológicos (ibidem, 2000).

Portanto, existe uma grande necessidade de se re-humanizar a Medicina dado que só há evolução do conhecimento médico quando se integra o conhecimento das ciências humanas. Estas têm portanto uma contribuição essencial para as ciências da saúde (ibidem, 2000).



### ***Humanização em Contexto Hospitalar***

Há muito que o hospital deixou de ser visto como um local onde se vai para morrer. Transformou-se ao longo do tempo, sendo actualmente reconhecido como um local onde se cuida da saúde (Pessini, 2002).

Quando os utentes reclamam do serviço de saúde são referidas inúmeras vezes as condições técnicas, mas quase inexistentes são as situações em que se denunciam os ambientes desumanizados e pouco acolhedores. Nessa situação, a pessoa que se encontra doente e fragilizada deixa de ser o centro das atenções, passando a ser objecto de diversas experiências. Desta forma, retira-se à pessoa o que lhe resta: a sua dignidade (ibidem, 2002). Esta “é inviolável”, devendo “ser respeitada e protegida”, de acordo com o Artigo 1º do Capítulo I da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2000).

Actualmente a Medicina está apta a lidar com a dor, porém no que se refere ao sofrimento ainda há muito a fazer. Há que realçar a diferença entre dor e sofrimento. A dor está relacionada com a sensação que se tem no corpo, com uma perturbação, um desconforto. O sofrimento está relacionado com os valores da pessoa, com o seu lado subjectivo, mais emocional, mais complexo: sentimento de angústia, vulnerabilidade ou perda de controlo (Pessini, 2002).

Negligenciar esta diferença é afirmar que tudo se resolve com tratamentos que curam fisicamente, descurando todas as outras preocupações do paciente – o sofrimento (ibidem, 2002). Corroborando esta opinião pode ler-se na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no Artigo 3º, Nº1, Capítulo I que “todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental” (Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2000).

No entanto, já nos anos 80 se escrevia que só não se tolera o sofrimento quando ninguém cuida (Saunders, 1980). E é precisamente para cuidar do sofrimento que os profissionais de saúde devem recorrer à humanização. Isto porque a cura também depende da forma de relacionamento entre o paciente e os profissionais que dele tratam, bem como entre o paciente e a sua família (Pessini, 2002).

Logo, deve-se caminhar para uma visão holística e integrada, em que a pessoa não é reduzida à sua biologia, mas considerada no seu todo. Por isso mesmo, devem ser tidas em conta as relações sociais, o convívio com os outros, desenvolvendo a esperança enquanto elemento de valorização da pessoa. Portanto, os profissionais de saúde deverão compreender o contexto em que a pessoa se insere, tentando percebê-la na sua totalidade e nas suas diferenças (ibidem, 2002).

Como tal, para cuidar de alguém, o profissional tem que ser detentor de domínio técnico e de capacidade para conhecer o seu paciente. É certo que a dimensão técnica dos profissionais de saúde sofreu, e sofre, contínuos avanços tecnológicos que lhes facilitam o trabalho, trazendo como resultado um grande benefício para os doentes. No entanto, considerando o utente no seu todo, o profissional não deve descurar o seu entendimento (ibidem, 2002).

O que o paciente espera dos profissionais de saúde é que a dor e o sofrimento sejam combatidos com atitudes sensíveis, éticas e responsáveis. É necessário actuar a nível físico, psicológico, social e espiritual, com competências humanas para além das competências na esfera biológica (ibidem, 2002).

Toda esta nova forma de pensar e agir está reflectida no seguinte excerto: *“Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, humaniza-se no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa hipótese e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria coloca-nos na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e electrónicos da informática, mas um bem fundamental, um "mistério" e dom, a ser vivido com prazer e solidariamente partilhado com os outros”* (Pessini, op. cit, 12).

### ***Os utentes e os seus direitos***

O antigo presidente da Comissão Nacional da Humanização da Saúde – Walter Osswald - considera que o Ministério da Saúde é quem deve assumir responsabilidades e assegurar a humanização dos cuidados de saúde (Carmo, 2006).

Porém, quando confrontado com o investimento que será necessário fazer para operacionalizar a humanização, Osswald realça que apesar de não haver retorno económico, *“haverá um retorno enorme de satisfação do público”* (Carmo, 2006:1). E acrescenta: *“Eu ouvi as queixas apresentadas pelos utentes em relação ao sistema e a grande maioria delas não eram em relação à qualidade dos serviços prestados, mas em relação ao acolhimento e encaminhamento dos doentes, isto é, os aspectos humanos”*. Ainda assim, *“não é razoável que se espere uma manhã ou uma tarde inteira por uma consulta, ou que vão às 5/6 da manhã para o Centro de Saúde só para terem a certeza que serão atendidos. Tudo isto [marcação de horas para as consultas] é fácil de fazer, exige apenas boa vontade e respeito pelos direitos dos cidadãos doentes”* (ibidem, 2006).

Inclusivamente, no site do Ministério da Saúde podem encontrar-se mais algumas razões para o descontentamento generalizado face ao actual Sistema. Aí pode ler-se que o *“foco do descontentamento e das reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados de saúde sofre”*. Mais ainda, *“um Sistema de Saúde humanizado não é compatível com listas de espera”*. São também mencionadas dificuldades no que respeita às crenças religiosas dos indivíduos e à comunicação com estrangeiros. A liberdade de pensamento, de consciência e de religião encontram-se consagradas no Artigo 10º, Nº1, do Capítulo II da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.

Acerca da possibilidade do futuro da saúde em Portugal ser mais humanizado, Osswald menciona que *“não só é possível como é uma exigência que se realiza por si própria, já que as pessoas vão ficando mais conscientes das suas necessidades e porque os profissionais de saúde são os que sentem mais essa urgência”* (Carmo, 2006:1).

O que vai ao encontro dos objectivos da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicitados através do site: *“Consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo o Sistema de Saúde; promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis; desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores dos cuidados de saúde e, sobretudo, estimular uma participação mais activa por*

*parte do doente*”. E uma participação mais activa por parte dos doentes também passa por ter conhecimento das leis que os protegem (*ANEXO N°3*) (Carmo, 2006).

Sofia Reimão, médica do Serviço de Imagiologia Neurológica do Hospital de Santa Maria, concorda com a referida Carta dado que *“Uma abordagem que se baseie no ‘modelo centrado na pessoa’ implica respeito por todas as fases da vida humana e por todos os aspectos da pessoa humana, especialmente o moral e espiritual”* (Reimão, 2007:4). Osswald reforça a ideia mencionando que *“o problema coloca-se em tratar as pessoas como tal e não como doentes, porque quem fica doente encontra-se numa situação de fragilidade especial que tem de ser tomada em consideração e na qual não deve perder os seus direitos de cidadão. O acolhimento da pessoa doente tem de ser centrado na ‘pessoa’ e não no caso clínico”* (Carmo, 2006:1). O mesmo autor relembra que *“estamos a trabalhar com pessoas, humanas, com preocupações e inquietações, família, obrigações profissionais e necessidades económicas”* acrescentando que todos estes aspectos são bastante relevantes porque *“se a pessoa estiver tranquila a sua recuperação será completamente diferente da pessoa que além do mais está preocupada porque não sabe se vai ser paga a prestação disto ou daquilo”* (ibidem, 2006).

Como tal *“o doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”* (Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2000). Isso implica abranger *“as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra”*, conforme indicado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, divulgada na internet.

### ***Relação Médico-Paciente***

Diversos autores concordam que *“a ‘tirania da tecnologia’ forçou aqueles que estão envolvidos nos cuidados de saúde a tornarem-se tecnologicamente mais sofisticados, (...) conduzindo ao crescente afastamento das preocupações únicas do doente individual e a uma perda da relação pessoal, como resultado de sistemas de saúde maiores e mais impessoais”* (Reimão, 2007:2). Assim, os profissionais de saúde agem maioritariamente como representantes das suas profissões e menos como

indivíduos. No entanto, a forma como a Medicina se relaciona com os utentes tem vindo a alterar-se (Reimão, 2007).

Citando Cassel, *“a tarefa da Medicina do século XXI será a descoberta da pessoa”*. Assim, surge o *“apelo à re-descoberta da pessoa doente, mas também da pessoa do médico/prestador dos cuidados de saúde. (...) O médico é chamado a conduzir o homem a ‘sentir-se em casa’, tarefa que está muito para além da área da responsabilidade médica, incluindo a total integração da pessoa na sua vida familiar, social e profissional. (...) Os profissionais são chamados a ver, para além do ‘caso’ a tratar, captando o homem na totalidade da sua situação vital”* (Reimão, op. cit., 3).

Assim, o processo de humanização inclui a identificação das necessidades de todos os intervenientes nas acções de saúde, realçando que a relação de cuidado não é uma imposição de um sobre outro, mas antes uma relação de convívio, de interacção, de estar em sintonia com o outro. Desta forma, está-se perante um compromisso de solidariedade, uma relação de igual para igual, em que as partes têm diferentes conhecimentos e papéis (Boff (1999), citado por Bettinelli et al, 2003:5).

O facto da relação se tornar simétrica implica que se realize o desejo do paciente e se cumpra a necessidade do profissional de saúde para que se humanize o cuidado. No entanto, o que se verifica na maioria das situações é a inferioridade dos doentes face aos profissionais que possuem o conhecimento, logo, toda a autoridade. Desta forma o paciente não é consultado na hora de tomar decisões porque quem as toma por si é o profissional (Bettinelli et al., 2003). Esta acção constitui a violação da primeira alínea do N°2, Artigo 3º, Capítulo I da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia onde se pode ler: *“No domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados (...) o consentimento livre e esclarecido da pessoa (...)”* (Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2000:9). Portanto, o utente não tem acesso facilitado quando quer impôr a responsabilidade de cuidar da sua vida perante o profissional de saúde. Até porque maioritariamente nem sequer tem conhecimento do seu real estado de saúde, para que servem os medicamentos que toma, não é consultado acerca do tratamento que tem que fazer, entre outros (Bettinelli et al., 2003).

### ***Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde***

José Fragata, Director do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, alerta para as condições em que o pessoal de saúde trabalha. Nomeadamente, chama a atenção para o número de profissionais de saúde (sem autor, 2008).

Decorria o ano de 2008 quando em declarações à Agência de Notícias de Portugal, S.A – Lusa - o cirurgião argumentou que *“um serviço com menos meios humanos não pode exigir aos seus funcionários bons resultados. Normalmente as coisas correm bem, mas as pessoas devem estar conscientes que, quando vão aos serviços de saúde, as coisas podem correr mal”* (ibidem, 2008).

No mesmo ano e de acordo com a mesma fonte, a Organização Mundial de Saúde referiu que os incidentes acontecem a cerca de 10% dos utentes. Na opinião do Prof. Dr. José Fragata estes números reflectem correctamente a realidade portuguesa (ibidem, 2008).

Assim, se se pretende humanizar a assistência hospitalar, há que humanizar antecipadamente as condições em que trabalham os profissionais de saúde (Suely F. Deslandes, 2004).

### ***Comunicação em Saúde***

Este conceito diz respeito à utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos para que promovam a sua saúde. É uma temática bastante importante uma vez que influencia a adaptação psicológica do utente à doença, influencia a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos serviços de saúde e condiciona até a adesão à medicação (Teixeira, 2004).

Maioritariamente, a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais, parte da avaliação da interacção e da capacidade de comunicação, estabelecida entre si e os diversos profissionais de saúde. É necessário que a informação transmitida pelos profissionais de saúde seja adequada às necessidades do utente naquele momento - personalização -, influenciando positivamente o comportamento de adesão à medicação (ibidem, 2004).

Uma comunicação para a saúde eficiente consciencializa os doentes das ameaças para a saúde, motiva-os a reduzirem comportamentos de risco, e reforça comportamentos favoráveis à saúde. Desta forma, a informação e comunicação em saúde podem influenciar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos utentes, bem como constituírem uma excelente forma de analisar a competência dos profissionais e a qualidade dos serviços de saúde (ibidem, 2004).

No entanto, verificam-se inúmeras dificuldades de comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde. Os problemas de comunicação tendem a acontecer quando há um longo tempo de espera e posteriormente uma consulta rápida; consultas ou entrevistas pouco centradas nos utentes e mais nos profissionais de saúde; quando não se valoriza a comunicação com o utente, e ainda, quando o doente se sente ansioso. Acrescente-se que alguns dos problemas que ocorrem se devem a informação insuficiente, imprecisa, excessivamente técnica e ao escasso tempo em que é transmitida e tem que ser apreendida (ibidem, 2004).

Na sua interacção com os utentes, os profissionais de saúde têm tendência para não os incentivar a fazerem perguntas; não questionam frequentemente o utente acerca da sua situação familiar ou profissional; falam mais do que ouvem, o que demonstra que a perspectiva dos utentes e as suas preocupações lhes são indiferentes. Ao procederem desta forma fazem com que os utentes não tenham uma participação activa na sua saúde. Acresce que os utentes têm culturalmente a tendência de se relacionarem com os profissionais de saúde como se estes fossem peritos e os utentes leigos, que dependem e agem de forma passiva. Posto isto, devem ser salientados os benefícios de uma participação activa do doente: a comunicação com os profissionais de saúde fica facilitada e o doente tem a sensação de controlar a sua doença, ficando menos ansioso (ibidem, 2004).

Outro aspecto que contribui para um maior afastamento entre os profissionais e os utentes é o distanciamento afectivo que os primeiros demonstram face aos últimos, podendo tornar-se banal, por exemplo, comunicar informações pouco agradáveis.

Verifica-se a dificuldade dos profissionais de saúde se tornarem o apoio emocional dos utentes, transmitindo-lhes confiança (ibidem, 2004).

Constata-se um nível de literacia em saúde baixo, isto é, há dificuldade em compreender informações sobre saúde - nomeadamente, qual o seu estado real de saúde, quais são os comportamentos que têm que ser alterados, quais os planos de tratamento, etc; pouco conhecimento sobre saúde e alguma vergonha de admitir que se desconhece (ibidem, 2004).

Perante tudo o que se disse, os utentes gostariam de ter mais tempo de consulta ou entrevista para falarem e questionarem os profissionais de saúde; informação mais detalhada sobre a necessidade de efectuarem determinados exames e as diversas hipóteses de tratamento a seguir; mais informação sobre a sua doença; e maior sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para com as suas preocupações (ibidem, 2004).

A transmissão da informação médica para os utentes deve obedecer a alguns cuidados. Nomeadamente, a informação deve ser clara, precisa, compreensível, de fácil recordação, credível, consistente e personalizada. Por informação personalizada deve compreender-se feita “à medida” das necessidades de informação do utente em determinado momento, adaptando-se à sua capacidade cognitiva e nível cultural (ibidem, 2004).

Assim, para melhorar a comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde deve haver intervenção sobre cada uma das partes. Os profissionais de saúde devem ter formação para desenvolverem competências comunicacionais uma vez que a sua formação assenta essencialmente em aspectos técnicos, negligenciando a comunicação em saúde, tão essencial à humanização dos serviços. Devem portanto aumentar-se as possibilidades de contacto destes profissionais com a comunicação em saúde, não só na formação académica como também na formação profissional (ibidem, 2004).



Os utentes por sua vez devem ser incitados a procurar informação sobre saúde, não só junto dos profissionais de saúde, mas também através da internet, de forma a tornarem-se mais pró-activos. Uma forma de incentivar os doentes a fazê-lo é, por exemplo, motivá-los a escrever uma lista de perguntas e dúvidas que tenham, para exporem durante a consulta. Só com um esforço de parte a parte é que a iliteracia em saúde poderá diminuir e melhorar a comunicação em saúde (ibidem, 2004).

### ***Relação da Humanização da Saúde com o Marketing***

Através da humanização pretende-se cada vez mais seguir a óptica do marketing relacional ou marketing personalizado. Nesta perspectiva, tanto a humanização como o marketing personalizado têm como foco principal e orientador de todas as suas actividades o utente/cliente (Peppers, 1999).

A perspectiva do marketing *one-to-one* implica um maior envolvimento do cliente, sendo necessário efectuar a gestão da lealdade, que se incompatibiliza com o marketing de massas. A óptica do marketing relacional centra-se na relação com o cliente e não na abordagem centrada na transacção. A gestão da relação com o cliente, tentando que seja personalizada e de longo prazo, bem como o acompanhamento contínuo são de extrema importância para o marketing de serviços (Cota, 2006).

A filosofia do marketing *one-to-one* aposta na qualidade em vez de quantidade; na personalização como substituto da massificação; no respeito mútuo e num relacionamento de longo prazo. Desta forma, o cerne do marketing personalizado é o valor do utente, do serviço que lhe é prestado, bem como o elevado nível de compromisso criado entre o serviço de saúde e o paciente. O estabelecimento de um elevado número de contactos com os utentes e a preocupação que todos os envolvidos no processo têm com a qualidade do mesmo, demonstram as características do marketing personalizado (Milan, 2003).

É através da prestação de um serviço de qualidade e diferenciador que se cativam os clientes (Kotler et al., 2005). Os funcionários que estão em contacto directo com

os clientes são determinantes na relação que se estabelece entre o cliente e a empresa. Por isso, a empresa tem que atrair os melhores colaboradores, formando-os e fornecendo-lhes toda a informação que proporcione o seu desenvolvimento. Através da captação de melhores clientes internos, a empresa estará a atrair clientes externos. No entanto, a organização deve ser exigente não só com os funcionários que estarão em contacto com os clientes, como com aqueles que permanecerão em *back-office*. Estes são extremamente importantes uma vez que, indirectamente, interferem com a experiência que o cliente retira do serviço. Funcionários que trabalham em *back-office* desempenham a sua actividade em departamentos como o Departamento de Marketing, Contabilidade, Logística, Recursos Humanos, entre outros (Cota, 2006).

A satisfação dos colaboradores, transmitida para os clientes sob a forma de cortesia e qualidade na prestação do serviço, traduz-se na criação de valor para o cliente. O que realmente distingue os serviços é a forma como são prestados, e isso varia porque as pessoas são diferentes. Apesar do esforço levado a cabo para padronizar a qualidade da prestação de serviços, inevitavelmente a qualidade dos mesmos irá variar devido à importância do factor humano. Por isso, a forma de agir, a presença, o que dizem e o que se abstêm de dizer, molda não só a relação entre o funcionário e o cliente como a relação que o cliente tem com a própria empresa (ibidem, 2006).

O ambiente físico, incluindo a acessibilidade, é um factor importante uma vez que representa o acolhimento que a empresa dá aos seus clientes. Nos hospitais, as instalações são habitualmente muito impessoais (ibidem, 2006).

Os processos são uma parte significativa e que, quando funciona mal, transmitem ao cliente a pouca organização e o pouco cuidado que a empresa tem no tratamento dessas questões. Por exemplo, o computador não ter os dados do utente actualizados na base de dados ou o hospital não saber onde se encontra o ficheiro clínico de determinado paciente (ibidem, 2006).

A humanização só se obtém através da personalização, da adaptação que é feita no momento a cada paciente. O que serve para um pode não se aplicar a outro. É

importante perceber o que o doente precisa e tentar conciliá-lo com as condições técnicas e humanas de que o hospital dispõe (Peppers, 1999).

De acordo com a perspectiva de marketing *one-to-one*, o cliente contemporâneo é cada vez mais exigente seja na qualidade, no valor do serviço que lhe é prestado ou na eficiência. Por isso, os serviços de saúde devem adaptar-se de forma a conseguir proporcionar aos seus clientes / utentes uma forma inovadora de se relacionarem (ibidem, 1999).

Outra questão relevante é o uso dado às reclamações e sugestões que os utentes fazem. Tanto umas como outras são fontes fidedignas uma vez que não há melhor informador do que o próprio cliente. Como é o próprio utente a efectuar a queixa ou sugestão, não há informação que se perca durante o processo. Como tal, as instituições hospitalares devem valorizar as diversas fontes de obtenção de *feedback* por parte dos utentes. O sistema de gestão de reclamações serve não só para pedir desculpa aos utentes, como para aprender com os erros e identificar processos de mau funcionamento da instituição. Só desta forma a organização poderá compreender o que está a funcionar incorrectamente e envidar esforços no sentido de os resolver (ibidem, 1999).

As reclamações devem ser vistas não como uma ameaça à instituição, mas como uma oportunidade de melhorar. Através delas poderão ser corrigidos problemas, podendo incluir-se ideias que os pacientes sugeriram para ajudar à resolução dos mesmos, o que estreita a relação entre a organização e o cliente. Assim, um sistema eficiente de gestão de reclamações consegue transformar um paciente aborrecido num cliente satisfeito e, simultaneamente, repara a imagem do serviço de saúde perante o utente (Milan, 2003).

Deve ainda notar-se que a maioria dos utentes descontentes não recomendam a utilização de determinado hospital, sendo que tem mais impacto uma opinião negativa do que um parecer favorável. Assim, utentes insatisfeitos não reclamam oficialmente, no entanto, o ‘passa palavra’ é negativo (Peppers, 1999).

No sector da saúde, a tendência de evolução é incluir tecnologias direccionadas para proporcionar melhores cuidados médicos, novas relações entre profissionais e usuários e a centralização da atenção nos usuários e nas suas necessidades. Trabalhar com a saúde possui algumas especificidades, nomeadamente, a relação que se estabelece entre o usuário e o profissional. Como tal, a relação que se estabelece entre o profissional e o paciente deve constituir uma partilha, e não uma imposição do profissional sobre o paciente. Desta forma, a relação incluirá troca, partilha de informações e emoções, estabelecendo um vínculo entre si a cada interacção. De acordo com a perspectiva de marketing personalizado, o objectivo é obter uma rede de serviços de saúde que seja segura e que garanta a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Malta et al., 2004).

Para que se aplique o conceito de marketing relacional, a estratégia deve ser personalizada. Assim, encontram-se 4 fases no modelo de *Customer Relationship Management* que incluem: Identificação, Diferenciação, Interacção e Personalização (Cota, 2006).

Na etapa de identificação, o objectivo é recolher o máximo de informação possível acerca do cliente. Por isso é que manter a base de dados actualizada é tão importante (ibidem, 2006). O método mais utilizado para efectuar a identificação do utente é através de algo que possua (ex: cartão de saúde). Conclui-se portanto que melhorar o contacto com os pacientes contribui para que estes tenham uma melhor percepção da qualidade dos serviços prestados (Peppers, 1999).

Na fase de diferenciação o objectivo é identificar as diversas necessidades dos clientes. A empresa tem necessidade de os agrupar de acordo com o tipo de relação que se prevê virem a ter. Quanto mais conscientes das necessidades dos utentes estiverem os profissionais de saúde, melhor podem actuar no sentido de oferecer um serviço melhor adaptado (Cota, 2006).

Na terceira etapa encontra-se a interacção com os clientes. É através da interacção que se recolhem informações que permitem aprofundar o nível de conhecimento que a empresa tem do cliente (ibidem, 2006). É nesta etapa que se tenta criar um vínculo

com o utente. O registo das interações realizadas entre a empresa e o paciente deve ser feito na base de dados. Existem dois registos relacionais. O registo relacional transaccional contém informação acerca dos exames que o utente fez e dos respectivos resultados, bem como o nome dos médicos com que o doente se consulta, etc. Por outro lado, o registo relacional comportamental regista especificidades daquele utente na forma de se relacionar com a empresa. Por exemplo, se o utente possui um nível de literacia baixo, não é adequado utilizarem-se termos técnicos. Assim, se este registo estiver actualizado deverá conter a informação de que com aquele utente, os profissionais de saúde deverão adaptar a sua forma de comunicar. Quanto mais adaptada for a interacção com os clientes, melhor será a percepção que terão da qualidade do serviço e mais satisfeitos se sentirão (Peppers, 1999).

A última etapa designa-se por personalização e inclui a adaptação da oferta a cada cliente. Esta oferta feita à medida do cliente faz com que este fique com uma imagem melhorada e reforçada da organização uma vez que percebe que é o centro das atenções da empresa (Cota, 2006).

O modelo habitual de prestação de cuidados de saúde consiste numa prática fragmentada e pouco articulada, centrada nos actos médicos em si, o que conduz os pacientes a apresentarem diversas reclamações. Mas o modelo de prestação de cuidados de saúde assente no marketing *one-to-one* preconiza o compromisso ético e a assistência integrada, visando a recuperação da saúde do paciente. Garante ainda o acesso aos cuidados necessários com toda a assistência exigida e a responsabilização do utente forçando-o a ter um papel mais activo na recuperação da sua saúde e, como consequência, desenvolve um vínculo mais forte com os profissionais (Malta et al., 2004).

No entanto, é importante monitorizar os resultados alcançados para que possam ser comparados com os do modelo de prestação de cuidados de saúde actualmente em vigor, para que se possa concluir qual o melhor (ibidem, 2004).

## ***CAPÍTULO 4 – ELABORAÇÃO DE QUADRO CONCEPTUAL***

---

Da revisão da literatura, constata-se a evolução das diversas funções dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos, ao longo do tempo.

O século XVII caracterizava-se pela vertente humanística da Medicina. Essa vertente acentuou-se no século seguinte onde se referia que a Medicina seria tanto mais sábia quanto mais relacionada estivesse com as ciências das relações.

No entanto, no século XIX começa a emergir o conhecimento científico, apesar das ciências humanas ainda predominarem. Ao longo deste século, foram-se alterando as escalas de valor dos médicos, que passaram a estar mais atentos ao método científico, iniciando-se a queda da importância das ciências humanas. A evolução da tecnologia, das ciências físico-químicas bem como da biologia, foram cada vez mais valorizadas, conduzindo ao afastamento do médico face ao paciente.

O século XX continua a ser dominado pelas ciências exactas e pela tecnologia, acentuando-se o esquecimento das ciências humanísticas.

Apesar desta tendência, um estudo realizado em Portugal entre 1966 e 1995, demonstrou que os doentes voltaram a valorizar o humanismo/humanidade dos profissionais de saúde.

No entanto verifica-se que apesar da tendência ser enveredar pelo conhecimento científico, ocorreram melhorias significativas na Medicina que permitiram proporcionar aos doentes melhor qualidade de vida.

De acordo com um estudo realizado em 2006, e apesar dos contrastes sociais, económicos e demográficos (urbanização versus litoralização), mais de metade dos portugueses referem que o seu estado de saúde é bom ou muito bom. Associado ao estado de saúde, verifica-se que a maioria dos portugueses considera que a sua qualidade de vida é boa ou muito boa.

Ainda assim, os médicos, força da sua agenda preenchida, têm cada vez menos tempo para estar com cada doente e tendem a tratar o caso clínico e não a pessoa. Os pacientes, por sua vez, reclamam desta falta de atenção e desejam que os médicos os oiçam, e não os tratem como se fossem apenas um caso clínico.

Como tal, uma das questões que resulta do que se disse, é perceber se efectivamente os pacientes avaliam a qualidade das relações humanas nos serviços de saúde, bem como os profissionais de saúde.

Através da aplicação do questionário SERVPERF, pretende-se perceber o peso das cinco dimensões analisadas tanto na óptica dos doentes como na óptica dos profissionais de saúde. Pretende-se analisar a sintonia entre profissionais de saúde e utentes, no que se refere às cinco dimensões do modelo e à humanização.

Caso se verifique que a Medicina necessita de mais humanização, o marketing personalizado é uma ferramenta fulcral, uma vez que irá direccionar a informação para quem realmente necessita dela, através de estratégias mais incisivas.

A **Figura 2** sintetiza as diversas formas de actuação, caso se venha a verificar que a humanização existe ou não, nesta Unidade de Transplantação Renal.

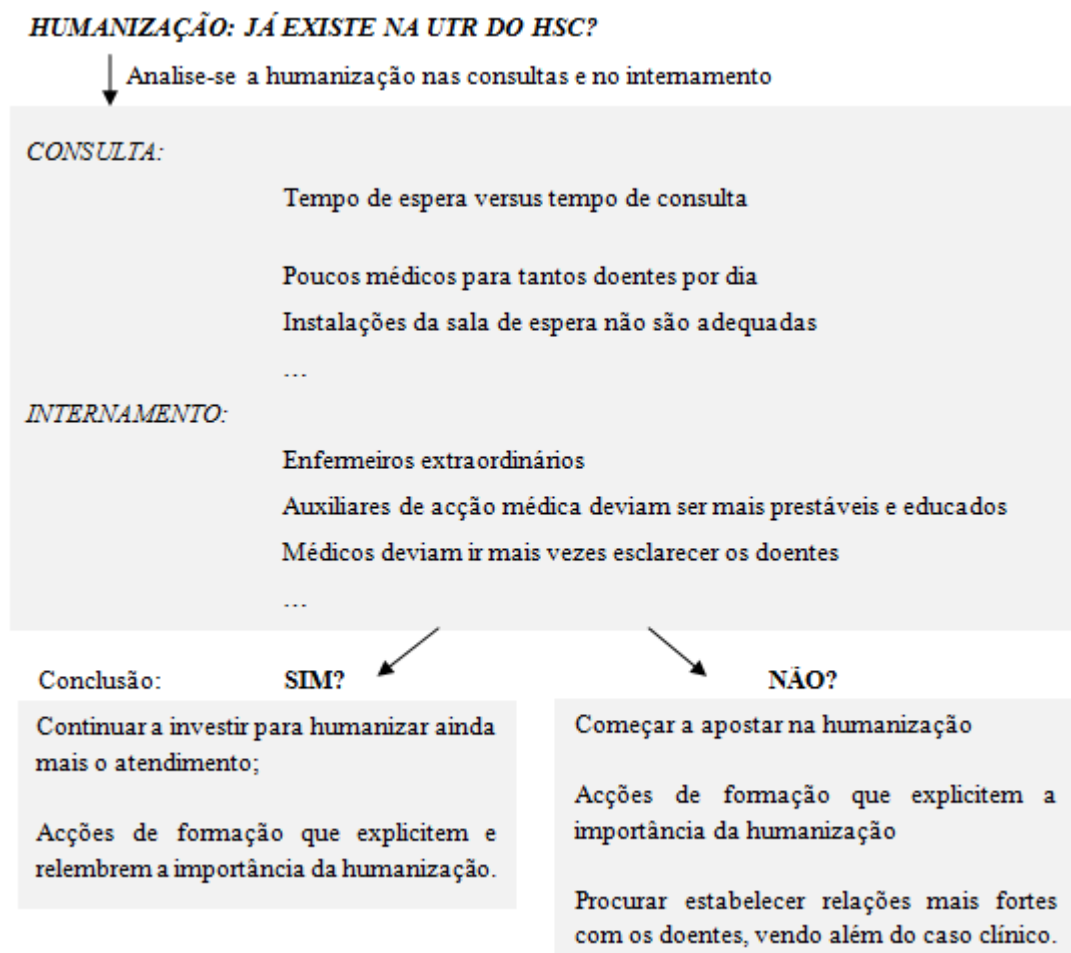


Figura 2 – Esquema síntese da humanização

## ***CAPÍTULO 5 – MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS***

---

O objectivo desta secção é apresentar o método utilizado, bem como os participantes e a sua caracterização, o instrumento de medição da qualidade do serviço, bem como as análises realizadas.

A recolha de informação será feita através dos dois tipos de dados: primários e secundários.

Ao nível de dados secundários pretende-se a utilização tanto de estatísticas internacionais como nacionais. As primeiras visam mostrar aquilo que já se faz em transplantação noutros países, enquanto as nacionais permitirão concluir acerca da evolução da transplantação em Portugal.

Ao nível de dados primários foram realizados estudos quantitativos, tanto a utentes da UTR como a profissionais de saúde.

### ***Participantes***

Recorreu-se a dois grupos amostrais distintos: utentes e profissionais de saúde.

A amostra era composta por 115 utentes e 45 profissionais de saúde.

Tendo em conta que analisar todo o universo de doentes é impossível, apenas se recorreu à amostra. Dela faziam parte os utentes da Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz, que integra o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Relativamente aos utentes, concluiu-se que a maioria era do género masculino, com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos e o seu nível de escolaridade equivale ao 3º Ciclo do Ensino Básico. A maioria dos utentes tinha mais de 5 anos de transplante e, no último ano, foi menos de 10 vezes ao hospital, à UTR. Confirme-se o que se disse no *ANEXO N° 4*.



O segundo grupo amostral era constituído pelos profissionais de saúde da Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz, pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. A amostra era formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, assistentes sociais, funcionários administrativos e técnicos.

Verificou-se que a maioria pertencia à classe profissional dos enfermeiros, era do sexo feminino e tinha, em média, 34 anos. Trabalhava, em média, há 10 anos, 8 dos quais no Hospital de Santa Cruz. A maioria dos profissionais de saúde dedicou entre 30 e 50% do seu tempo a doentes transplantados. (Ver *ANEXO N°5*)

### ***Medidas***

Utilizou-se o questionário SERVPERF que se adaptou à realidade hospitalar. Para isso foi necessário retirar alguns itens e adicionar outros com base na revisão da literatura. A escala de Likert de 5 pontos foi utilizada para medir os itens, variando entre 1-discordo completamente e 5-concordo completamente. Os questionários aplicados a utentes e profissionais de saúde encontram-se no *ANEXO N°6*, bem como os questionários que se sugerem para posteriores aplicações.

No instrumento SERVPERF encontram-se 5 dimensões que serão analisadas de seguida.

*Tangibilidade*: Traduz-se não só na aparência de instalações e equipamentos, mas também do pessoal e dos materiais de comunicação. Inclui as questões físicas do serviço: instalações físicas, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados na prestação do serviço e representações físicas do serviço (como o cartão de utente, por exemplo). No questionário aplicado aos utentes é a dimensão que se avalia nos itens 1D) a 3), enquanto no questionário aplicado aos profissionais de saúde se traduz nos itens 1P) a 3).

*Confiança*: Traduz-se na habilidade de prestar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente. Refere-se à consistência da performance e credibilidade. Significa que a empresa executa o serviço correcto à primeira vez, cumprindo as suas promessas. Inclui a manutenção correcta de registos, rigor na

facturação, entre outros. No questionário aplicado aos utentes é a dimensão que se avalia nos itens 4) a 7.1.D). No questionário realizado aos profissionais de saúde encontra-se nos itens 4) a 7.1P).

*Atendimento ou Prontidão na Resposta:* Traduz-se na disposição para ajudar outros com prontidão através da prestação de um serviço rápido. No questionário aplicado aos utentes, bem como aos profissionais de saúde, é a dimensão que se avalia nos itens 8.1) a 12.3).

*Garantia e Segurança:* Traduz-se na competência e cortesia dos funcionários da empresa, incluindo a sua capacidade de gerar confiança, transmitindo certeza no que executam, garantindo a segurança de todos os processos. No questionário aplicado aos utentes, bem como aos profissionais de saúde, é a dimensão que se avalia nos itens 13.1) a 16).

*Empatia:* Traduz-se na forma de bem cuidar, prestando atenção individualizada aos consumidores do serviço. Inclui ainda experimentar sentimentos de terceiros como se fossem os da própria pessoa, visando o cuidado e atenção individualizados. No questionário aplicado aos utentes é a dimensão que se avalia nos itens 17.1) a 18.1). No entanto, no questionário realizado aos profissionais de saúde encontra-se nos itens 17.1) a 18.2.P).

Após a análise destas dimensões e de acordo com a revisão da literatura, surge uma nova dimensão que se optou por designar *Satisfação Global*, uma vez que traduz a percepção dos utentes acerca da sua satisfação geral com os serviços prestados na UTR. No questionário aplicado encontra-se no item 19.D).

No entanto, apesar da dimensão se designar *Satisfação Global*, no questionário aplicado aos profissionais de saúde, traduz a percepção que os profissionais de saúde consideram ser a percepção dos utentes acerca da satisfação geral com os serviços prestados na UTR. No questionário traduz-se no item 19.P).

Optou-se por incluir no questionário uma nova dimensão designada *Satisfação Específica*, que traduz a percepção da satisfação que os utentes sentem com cada

classe profissional de saúde. Desta forma, avalia-se especificamente o contributo de cada classe profissional para a percepção da qualidade do serviço. Esta dimensão apenas se encontra no questionário destinado aos utentes e corresponde ao item 21.D).

Foi ainda incluída no questionário a dimensão *Humanização Global* que pretendia traduzir a percepção dos utentes relativamente à humanização que sentiam em ambiente hospitalar. Tendo em conta que a OMS não tem uma definição de humanização, a que se apresenta a seguir pretende ser uma aproximação. Assim, humanização pode ser definida como a forma de tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades. Esta dimensão encontra-se no questionário dos utentes nos itens 28) a 41), enquanto no questionário destinado aos profissionais de saúde corresponde aos itens 26) a 39).

Utilizaram-se questões abertas sobre as diversas melhorias que utentes e profissionais de saúde gostariam de ver implementadas. Estas foram objecto de análise de conteúdo e de controlo da fiabilidade inter-codificador.

### ***Procedimento***

Aplicou-se o método de amostragem não aleatória uma vez que foi feito por conveniência. Os utentes escolhidos tinham que ser transplantados renais e encontravam-se à espera de serem atendidos quer para a consulta de enfermagem, quer para a consulta médica. Foi estabelecido um prazo para aplicação dos questionários, sendo que os utentes foram inquiridos no prazo de duas semanas.

Quanto ao método de recolha de dados optou-se pelo método de levantamento ou inquérito uma vez que a recolha de informação foi feita através de comunicação pessoal. Seleccionou-se o questionário como técnica de recolha de dados. Maioritariamente foram feitas questões fechadas uma vez que facilitam o tratamento de dados em termos informáticos, mas não se perdeu a oportunidade de colocar questões abertas para aprofundar a compreensão das respostas dos utentes.

Para a aplicação prática do questionário recorreu-se ao próprio investigador.

Para os profissionais de saúde usou-se também o método de amostragem não aleatória uma vez que o investigador dispunha de informações à *priori*. Os profissionais de saúde foram respondendo ao questionário ao longo de um mês.

Quanto ao método de recolha de dados optou-se pelo levantamento ou inquérito, tendo sido o questionário a técnica de recolha de dados escolhida.

Para aplicação dos questionários não se recorreu ao investigador, por isso, foram os próprios profissionais a preenchê-los.

Uma das dimensões do questionário, referente à avaliação da humanização, utilizou como perita a Dra. Isabel Rio Carvalho, fundadora da APHS. Foi necessário realizar uma entrevista que se revelou a técnica de recolha de dados mais adequada.

Dos três tipos de entrevista foi seleccionada a entrevista semi-directiva uma vez que se pretendia verificar e aprofundar informações. A aplicação prática da entrevista foi feita pelo próprio investigador.

### ***Modelo a utilizar***

A dificuldade de avaliar a qualidade dos serviços, por oposição à avaliação da qualidade dos produtos, prende-se com algumas especificidades que os serviços detêm.

Os serviços podem ser definidos como: “*Any activity or benefit that one party can offer to another which is essentially intangible and does not result in the ownership of anything*” (Kotler et al., 2005: 625).

Esta definição tem inerente as características dos serviços, nomeadamente:

- *Simultaneidade*: Os serviços são produzidos e consumidos no mesmo instante. Por exemplo, uma cirurgia é produzida pelo cirurgião e ‘consumida’ pelo doente no mesmo instante. Daí a dificuldade de se corrigirem falhas antes que estas afectem o cliente. Um erro durante a operação fará com que no período de convalescência o doente seja afectado (Freitas e Cozendey, 2008).  
A satisfação obtida através do serviço depende não só de quem o presta como também da atitude do cliente, neste caso o doente, uma vez que se estabelece

uma relação estreita entre o prestador do serviço e o consumidor. Esta ligação tão profunda entre o médico e o doente pode ser percebida na seguinte situação. Se um doente transmite ao médico sintomas incorrectos, pode conduzi-lo a um diagnóstico errado, acabando por se prejudicar a si próprio uma vez que a informação que deu não era correcta. Este é um exemplo de como a informação dada pelo paciente pode ser parte integrante do processo de prestação de serviços (Cota, 2006).

- *Intangibilidade*: É o que permite diferenciar os serviços dos produtos e que dificulta a avaliação da qualidade dos serviços por parte dos clientes. Os serviços recorrem sempre a algo físico ainda que de forma secundária. Uma consulta médica, por exemplo, pode ser realizada numa sala com ou sem ar condicionado, proporcionando ou não um ambiente adequado. Nesse caso o elemento secundário seria o ar condicionado (ibidem, 2006).

Os serviços não são palpáveis (não são físicos como os produtos), não podendo ser armazenados ou transportados. Exemplo: o serviço que é uma cirurgia prestada por um médico (Freitas e Cozendey, 2008).

- *Heterogeneidade*: Os serviços são heterogéneos porque há bastante diversidade e detêm uma forte componente humana. Por exemplo, os serviços médicos de uma dada especialidade serão sempre heterogéneos uma vez que dependem do médico e dos seus conhecimentos (apesar da especialidade ser comum a diversos médicos). Além disso, existem diversas formas de tratamento que dependerão da gravidade da doença (ibidem, 2008).

A heterogeneidade dos serviços varia com o cliente, o fornecedor, o local e o tempo. A prestação do serviço varia consoante a pessoa que o presta fazendo com que a qualidade associada a esse serviço altere (Cota, 2006).

Portanto, *a heterogeneidade depende de quem, quando e onde é prestado o serviço* (Cota, 2006: 24).

- *Falta de Propriedade*: Os serviços caracterizam-se pela sua falta de propriedade, isto é, apenas pertencem ao cliente durante um determinado período de tempo. Por exemplo, o atendimento prestado por um funcionário é uma prestação de serviços. No entanto, o cliente não fica na posse do serviço eternamente. O sentimento de propriedade do serviço apenas se manifesta enquanto o serviço

está a ser prestado. Depois disso, apenas resta a falta de propriedade (Kotler et al., 2005).

Devido a todas estas propriedades, existem poucos instrumentos que avaliem a qualidade dos serviços. No entanto, existe o modelo SERVQUAL (Salomi et al., 2005). A escala SERVQUAL, de acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry, apenas serve para medir a qualidade do serviço, não servindo para mensurar a satisfação do consumidor (Maia et al., 2007).

Este modelo assegura que a satisfação do cliente é função da diferença entre a percepção do desempenho e a expectativa do desempenho (Salomi et al., 2005).

Dos diversos modelos de avaliação da qualidade dos serviços, poderiam ter sido escolhidos os modelos dos seguintes autores: Gröonroos (1984), Parasuraman et al (1985, 1988) e Brown e Swartz (1989). No entanto, todos têm na sua formulação a componente expectativa, que para alguns autores (Babakus e Boller (1992); Bolton e Drew (1991); Carman (1990)) demonstra problemas na sua definição (Jain e Gupta, 2004).

Assim, a escala SERVQUAL, amplamente utilizada, deu lugar à escala SERVPERF. Cronin e Taylor criaram o modelo SERVPERF fundamentado apenas na percepção do desempenho dos serviços, ignorando a expectativa do desempenho (Salomi et al., 2005).

Esta escala tem sido conceptual e metodologicamente considerada como sendo melhor que a escala SERVQUAL. Zeithaml, um dos autores da escala SERVQUAL, chegou mesmo a confirmar a superioridade da escala SERVPERF quando referiu: *“Our results are incompatible with both the one-dimensional view of expectations and the gap formation for service quality. Instead, we find that perceived quality is directly influenced only by perceptions [of performance]”* (Boulding et al, 1993:16).

Desde então, diversos autores (Boulding, Kalra, Staelin e Zeithaml (1993); Gotlieb, Grewal e Brown (1994); Hartline e Ferrell (1996); Brady, Cronin e Brand

(2002); Andaleeb e Basu (1994); Dabholkar, Shepherd, Thorpe (2000)) corroboraram a utilização da escala SERVPERF (Jain e Gupta, 2004).

Esta escala - SERVPERF - permitiu concluir o seguinte (Salomi et al., 2005):

- O instrumento SERVPERF é mais sensível a variações de qualidade do serviço que os instrumentos SERVQUAL, SERVQUAL ponderado e SERVPERF ponderado.

A designação ‘ponderado’ em alguns instrumentos tem em conta a importância de cada uma das dimensões da qualidade.

- A literatura consultada por Cronin e Taylor (1992), onde constavam autores como Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), indicava que a satisfação seria um antecedente da qualidade. No entanto, Cronin e Taylor concluíram exactamente o oposto: a qualidade do serviço precede a satisfação do cliente.

Ainda que não haja consenso sobre se a satisfação do cliente antecede a qualidade percebida do serviço ou vice-versa, existe unanimidade acerca da associação estatisticamente significativa entre a satisfação e a qualidade do serviço. Autores como Salazar, Costa e Rita (2004) concluíram que a percepção da qualidade dos serviços contribui de forma mais evidente para a satisfação do consumidor, do que o inverso. Assim corroboram os resultados obtidos por Cronin e Taylor (Salazar, Costa e Rita, 2004).

- Amostras retiradas de todos os sectores, analisadas por Cronin e Taylor (1992), corroboram a hipótese de que a satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de recompra (Salomi et al., 2005).
- Amostras retiradas de todos os sectores, analisadas por Cronin e Taylor (1992), demonstram que apenas em metade a qualidade percebida do serviço é a causa da intenção de recompra (ibidem, 2005).

Os autores certificam que a qualidade está associada à atitude do cliente face às diversas dimensões da mesma, ou seja, a qualidade está associada à percepção do desempenho. Mais, atestam que a qualidade percebida do serviço precede à

satisfação do cliente. Ainda assim, a satisfação tem uma maior influência nas intenções de compra do que a própria qualidade (ibidem, 2005).

Cronin e Taylor, citados por Salomi et al. (2005), constataram a seguinte sucessão:

1. Não existindo experiência anterior, a expectativa do cliente define o nível de qualidade percebido;
2. Experiências posteriores que não corroborem as expectativas anteriores conduzem a alterações da qualidade percebida do serviço;
3. A qualidade percebida de um serviço redefinido altera a intenção de recompra do cliente.

Assim, o instrumento SERVPERF avalia o desempenho percebido dos serviços através das diversas dimensões da qualidade (ibidem, 2005).

Os critérios de avaliação usados na comparação dos modelos SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, SERVPERF e SERVPERF ponderado foram a confiabilidade e a validade (ibidem, 2005).

A escala SERVPERF ponderada acusou a maior confiabilidade seguida da escala SERVPERF [não ponderada]. Note-se, ainda, que os resultados obtidos para todas as escalas foram da mesma ordem de grandeza, bastante próximos entre si e semelhantes aos resultados encontrados na literatura (ibidem, 2005).

Quanto à validade das escalas não se verificou uma diferença significativa para um intervalo de confiança de 95%. No entanto, o maior valor foi obtido pela escala SERVPERF, seguido do SERVPERF ponderado, SERVQUAL e SERVQUAL ponderado. Mais uma vez os resultados obtidos para todas as escalas foram da mesma ordem de grandeza e próximos entre si (ibidem, 2005).

Concluiu-se a favor da viabilidade do uso das escalas SERVPERF e SERVQUAL, não havendo limitações no que respeita à confiabilidade e à validade (ibidem, 2005).



Ainda assim, o instrumento SERVPERF mostra-se mais vantajoso uma vez que possui um menor número de questões a serem respondidas pelos inquiridos, motivando-os (ibidem, 2005).

Autores como Babakus e Boller (1992), Buttle (1995) e Salazar (2000), defendem que a informação obtida pelo modelo SERVQUAL não acrescenta dados à informação retirada apenas do modelo SERVPERF. O método mais adequado para medir a qualidade do serviço resulta apenas da avaliação da performance da empresa, dado que o modelo SERVQUAL não incorpora a dinâmica das expectativas considerando-as estáticas ou imutáveis ao longo do tempo (Maia et al., 2007).

### ***Procedimentos Estatísticos***

Os factores tangibilidade, confiança, atendimento ou prontidão na resposta, garantia e segurança, empatia, satisfação específica e humanização global foram avaliados para estudar as suas qualidades psicométricas. Avaliou-se a validade e a fidelidade com recurso à análise factorial confirmatória (com a utilização do Programa Amos 18), tendo-se estudado a fidelidade por recurso à fiabilidade de constructo através da fiabilidade compósita, de acordo com Fornell e Laker (1981).

Quanto à validade foi avaliada através da validade do constructo, pela validade factorial e convergente (estimada pela variância média extraída).

Considerou-se uma fiabilidade compósita superior ou igual a 0,7 e uma variância média extraída superior ou igual a 0,5, de acordo com Fornell e Laker (1981).

Utilizaram-se ainda as técnicas: análise de variância, testes qui-quadrado e correlações.

Nos procedimentos que envolvem análise de conteúdo mediu-se a fidelidade inter-observadores com base na percentagem de acordos.

## ***CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS***

### ***Validação da escala SERVPERF***

A análise de dados foi feita através de programas estatísticos, nomeadamente, SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) e Amos 18.

A análise factorial confirmatória permitiu avaliar a bondade do ajustamento do modelo. Assim, o modelo SERVPERF adaptado para ambiente hospitalar permitiu obter os resultados que se encontram na **Tabela 2**.

**Tabela 2 - Ajustamento do modelo SERVPERF ao âmbito hospitalar (Fonte: Dados de pesquisa)**

	<b>Dimensões</b>	$\chi^2 / g. l.$	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
<b>MODELO SERVPERF</b>	Tangibilidade	1,053	0,996	0,019
	Confiança	0,058	1,000	0,000
	Atendimento ou Prontidão na Resposta	1,351	0,976	0,049
	Garantia e Segurança	3,900	0,907	0,140
	Empatia	0,977	1,000	0,000
	Satisfação Específica	1,882	0,964	0,077
	Humanização	2,125	0,948	0,087

O índice de ajustamento absoluto mais comum é dado pela estatística qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Esta permite testar se o modelo se adapta rigorosamente à população. No entanto, a sua principal limitação é a dependência da dimensão da amostra. De forma a combater essa limitação criou-se a estatística qui-quadrado ponderado ( $\chi^2/g.l.$ ) e utilizam-se também outros indicadores (Harrington, 2009).

A estatística qui-quadrado ponderado traduz a bondade do ajustamento. Embora não exista um valor crítico exacto para decidir sobre a adequação do modelo, na prática aceitam-se índices que sejam inferiores ou iguais a 5 (Byrne, 1989).

Assim, verifica-se que, globalmente, as dimensões do modelo traduzem a bondade do seu ajustamento, significando que a matriz estimada correspondeu bem à matriz observada.

O indicador CFI (*Comparative Fit Index*) avalia o ajuste de um modelo em relação a um modelo mais restrito. Diversos autores consideram que valores deste indicador superiores a 0,9 são considerados aceitáveis, sendo que entre 0,95 e 1 correspondem a um bom ajustamento do modelo (Harrington, 2009). Assim, todas as dimensões acima mencionadas apresentam valores deste índice que permitem concluir também acerca do bom ajustamento do modelo.

O indicador RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), traduz um bom ajustamento do modelo quando é menor que 0,05; entre 0,05 e 0,08 é aceitável; e entre 0,08 e 0,10 mostra-se medíocre (ibidem, 2009). Assim, a maioria das dimensões do modelo SERVPERF demonstram o bom ajustamento do mesmo. No entanto, as dimensões garantia e segurança, satisfação específica e humanização não denotam tão bom ajustamento.

Assim, os indicadores de ajustamento ficaram dentro de limites aceitáveis. No ANEXO N° 7 está representado o modelo de mensuração da escala SERVPERF gerado a partir da análise factorial confirmatória.

No seguimento de tudo o que se disse, vai proceder-se à análise de confiabilidade da consistência interna das dimensões em causa através da fiabilidade compósita, conforme se pode ver na **Tabela 3**.

**Tabela 3 – Fiabilidade Compósita**

Dimensões	Fiabilidade compósita relativa aos utentes
Tangibilidade	0,913
Confiança	0,913
Atendimento ou Prontidão na Resposta	0,912
Garantia e Segurança	0,912
Empatia	0,912

**Tabela 3 – Fiabilidade Compósita - Continuação**

Dimensões	Fiabilidade compósita relativa
	aos utentes
Satisfação Global	0,913
Satisfação Específica	0,912
Humanização Global	0,914

Deve referir-se que a fiabilidade compósita dos profissionais de saúde, relativamente à categoria satisfação global é de 0,959. Para as restantes dimensões não foi possível determinar este valor dado que não se reuniu uma amostra com número de inquiridos suficiente, não sendo possível testar as qualidades psicométricas da escala.

Assim, a confiabilidade da estatística relativa aos utentes é maior na dimensão humanização global, seguida das variáveis tangibilidade, confiança e satisfação global. Os restantes itens têm o mesmo grau de fiabilidade (0,912) apesar de não se verificar uma grande variância entre o maior e menor valor da fiabilidade compósita.

A avaliação da fiabilidade dos itens do questionário SERVPERF levou à eliminação dos seguintes: '7.2d) Os doentes esforçam-se por fornecer informações que permitam ao hospital manter os seus dados actualizados', '9.1) Os assistentes sociais esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes', '11.1) O tempo de entrevista ou consulta com os enfermeiros é adequado às minhas necessidades', '11.2) O tempo de consulta com os médicos é adequado às minhas necessidades', '12.1) Existe facilidade dos doentes em contactar um assistente social da UTR', '13.1) O comportamento dos assistentes sociais transmite confiança aos doentes', '14.1) Os assistentes sociais são educados com os utentes', '15.1 – 15.5) Os doentes são educados com os profissionais de saúde' e, '16) Os doentes sentem-se seguros ao utilizar os serviços hospitalares'.

No que se refere à dimensão satisfação específica (21d), o item que pedia aos utentes que avaliassem a satisfação que têm com os psicólogos, foi excluído pela análise factorial confirmatória. Relativamente à dimensão humanização global (Secção D) foram excluídos 2 itens ('30-Apenas médicos e enfermeiros devem ter

formação em humanização'; '31-Auxiliares de acção médica, gestores, pessoal administrativo não necessitam de formação em humanização').

Foram eliminados do questionário dos profissionais de saúde, na secção do modelo SERVPERF (Secção A), os itens equivalentes aos eliminados no questionário dos utentes, acrescentando o item '18.2P) Os diferentes sectores funcionam em horários compatíveis para garantir a eficácia dos cuidados prestados'. Relativamente à dimensão humanização global (Secção C) foram excluídos exactamente os mesmos 2 itens que tinham sido eliminados no questionário dos utentes.

### ***Relações com as variáveis independentes e com os factores em estudo***

#### ***Relações da satisfação global***

##### ***Relação das variáveis independentes com a satisfação global dos doentes***

Nesta etapa teve-se como objectivo identificar as relações que se verificam entre as diversas variáveis utilizadas para caracterizar os utentes (variáveis independentes) e a satisfação global dos mesmos.

As variáveis independentes utilizadas para caracterizar os utentes foram: idade, género, nível de escolaridade, tempo de transplante e número de idas ao hospital (UTR) no último ano.

Através do estudo da **Tabela 4**, verifica-se que o número de idas ao hospital no último ano está negativamente correlacionado com a idade do doente, assim como com o tempo de transplante.

Relativamente às restantes correlações verifica-se que não são significativas. Conclui-se que a satisfação global dos utentes é independente da sua idade, do tempo de transplante bem como do número de idas ao hospital, no último ano.

**Tabela 4 - Correlação das variáveis independentes com a satisfação global dos doentes**

		Idade do doente	Tempo de transplante	Nº de idas ao hospital, no último ano	Satisfação Global
Idade do doente	Correlação de Pearson	1			
	Sig. (bi-caudal)				
Tempo de transplante	Correlação de Pearson	0,039	1		
	Sig. (bi-caudal)	0,680			
Nº de idas ao hospital, no último ano	Correlação de Pearson	-0,205*	-0,303**	1	
	Sig. (bi-caudal)	0,028	0,001		
Satisfação Global	Correlação de Pearson	-0,005	-0,064	-0,061	1
	Sig. (bi-caudal)	0,961	0,496	0,517	

\*. A correlação é significativa para um nível  $p=0.05$  (bi-caudal).

\*\*. A correlação é significativa para um nível  $p=0.01$  (bi-caudal).

Resulta da análise de variância que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos utentes e o seu nível de escolaridade ou género.

Relativamente à variável género do doente obteve-se  $F(1,113)=0,159$ ;  $p=0,691$ , enquanto à variável nível de escolaridade corresponde  $F(2,112)=1,233$ ;  $p=0,295$ . (Ver Anexo N° 8)

Verifica-se pela **Tabela 5** que, em média, os homens estão mais satisfeitos que as mulheres.

**Tabela 5 - Estatísticas Descritivas – Relação entre satisfação global e género dos utentes**

		Média	Desvio Padrão
Género do doente	Masculino	4,65	0,62
	Feminino	4,60	0,61
	Total	4,63	0,61

Relativamente ao nível de escolaridade verifica-se que, em média, utentes com escolaridade até ao 3º Ciclo do Ensino Básico estão mais satisfeitos, seguidos dos

utentes com formação superior e, por último, encontram-se os utentes que estudaram até ao Ensino Secundário, conforme se pode ver na **Tabela 6**.

**Tabela 6 - Estatísticas Descritivas – Relação entre satisfação global e nível de escolaridade dos utentes**

		Média	Desvio Padrão
Nível de Escolaridade	Até 3º Ciclo Ensino Básico	4,68	0,59
	Ensino Secundário	4,46	0,71
	Ensino Superior	4,65	0,57
	Total	4,63	0,61

*Relação da satisfação global dos doentes com os factores em estudo*

Analisemos a **Tabela 7**, que traduz a relação entre a satisfação global e os factores em estudo (Tangibilidade, Confiança, Atendimento ou Prontidão na Resposta, Garantia e Segurança, Empatia, Satisfação Específica e Humanização Global).

**Tabela 7 - Correlação da satisfação global dos doentes com os factores em estudo**

		Satisfação Global	Confiança	Tangibilidade	Atendimento ou Prontidão na Resposta	Garantia e Segurança	Empatia	Satisfação Específica	Humanização Global
Satisfação Global	Correlação de Pearson	1							
	Sig. (bi-caudal)								
Confiança	Correlação de Pearson	0,270**	1						
	Sig. (bi-caudal)	0,004							
Tangibilidade	Correlação de Pearson	0,335**	0,351**	1					
	Sig. (bi-caudal)	0,000	0,000						

**Tabela 7 - Correlação da satisfação global dos doentes com os factores em estudo - continuação**

		Satisfação Global	Confiança	Tangibilidade	Atendimento ou Prontidão na Resposta	Garantia e Segurança	Empatia	Satisfação Específica	Humanização Global
Atendimento ou Prontidão na Resposta	Correlação de Pearson	0,448**	0,420**	0,462**	1				
	Sig. (bi-caudal)	0,000	0,000	0,000					
Garantia e Segurança	Correlação de Pearson	0,426**	0,408**	0,429**	0,765**	1			
	Sig. (bi-caudal)	0,000	0,000	0,000	0,000				
Empatia	Correlação de Pearson	0,404**	0,501**	0,451**	0,726**	0,784**	1		
	Sig. (bi-caudal)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Satisfação Específica	Correlação de Pearson	0,430**	0,344**	0,454**	0,668**	0,692**	0,689**	1	
	Sig. (bi-caudal)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Humanização Global	Correlação de Pearson	-0,014	0,081	-0,133	0,018	0,073	-0,031	0,023	1
	Sig. (bi-caudal)	0,886	0,388	0,158	0,849	0,441	0,743	0,809	

\*\* . A correlação é significativa para um nível  $p=0.01$  (bi-caudal).

Verifica-se que a maior correlação é obtida entre o factor empatia e o factor garantia e segurança. Esta é uma correlação moderada e resulta num coeficiente de determinação de 0,62.

A menor correlação, e fraca, diz respeito aos factores confiança e satisfação global ( $r=0,27$ ;  $p=0,04$ ), o que corresponde a um coeficiente de determinação de 0,073.

Portanto, pode-se concluir que há correlações positivas entre todos os factores, excepto com o factor humanização global. Verifica-se assim que não há uma relação estatisticamente significativa entre os factores satisfação global, confiança,



tangibilidade, atendimento ou prontidão na resposta, garantia e segurança, empatia e satisfação específica com o factor humanização global.

### ***Relações das variáveis independentes com os factores em estudo***

#### *Relação da idade dos utentes com os factores em estudo*

Resulta da análise da variância (ANOVA) que não há uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos utentes e os diversos factores em estudo.

Para o factor confiança obteve-se  $F(2,112) = 0,987$ ;  $p = 0,376$ ; o factor tangibilidade alcançou  $F(2,112) = 0,595$ ;  $p = 0,553$ ; de atendimento ou prontidão na resposta resultou  $F(2,112) = 0,325$ ;  $p = 0,723$ ; garantia e segurança teve  $F(2,112) = 0,577$ ;  $p = 0,564$ ; empatia corresponde  $F(2,112) = 0,368$ ;  $p = 0,693$ ; satisfação específica obteve  $F(2,112) = 0,228$ ;  $p = 0,797$  e humanização global resulta em  $F(2,112) = 1,701$ ;  $p = 0,187$ . (Ver ANEXO N°9)

As estatísticas descritivas associadas a este estudo encontram-se na **Tabela 8**. Daí pode-se concluir que a faixa etária entre os 41 e os 60 anos é aquela que, em média, se encontra mais satisfeita com os factores confiança, tangibilidade, atendimento ou prontidão na resposta, garantia e segurança e humanização global.

**Tabela 8 - Estatísticas Descritivas – Idade dos utentes e factores em estudo**

		Média	Desvio Padrão
CONFIANÇA	até 40 anos (inclusive)	4,53	0,74
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,73	0,64
	mais de 60 anos	4,67	0,64
	Total	4,65	0,68

**Tabela 8 - Estatísticas Descritivas – Idade dos utentes e factores em estudo - continuação**

		Média	Desvio Padrão
TANGIBILIDADE	até 40 anos (inclusive)	4,09	0,68
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,17	0,62
	mais de 60 anos	3,99	0,57
	Total	4,11	0,63
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	até 40 anos (inclusive)	4,41	0,56
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,47	0,55
	mais de 60 anos	4,37	0,56
	Total	4,43	0,55
GARANTIA E SEGURANÇA	até 40 anos (inclusive)	4,54	0,56
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,57	0,48
	mais de 60 anos	4,44	0,44
	Total	4,53	0,50
EMPATIA	até 40 anos (inclusive)	4,41	0,65
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,51	0,63
	mais de 60 anos	4,53	0,50
	Total	4,48	0,61
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	até 40 anos (inclusive)	4,55	0,52
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,48	0,57
	mais de 60 anos	4,53	0,53
	Total	4,51	0,54
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	até 40 anos (inclusive)	4,44	0,54
	de 41 a 60 anos (inclusive)	4,66	0,73
	mais de 60 anos	4,36	1,00
	Total	4,52	0,75

Utentes com idade até 40 anos mostram-se, em média, mais satisfeitos com o factor satisfação específica. Os utentes com mais de 60 anos demonstram, em média, estar mais satisfeitos com o factor empatia.

*Relação do género dos utentes com os factores em estudo*

À semelhança do resultado obtido com a idade, a ANOVA revelou não haver uma relação estatisticamente significativa entre o género dos utentes e os diversos factores em estudo.

O factor confiança alcançou  $F(1,113) = 0,023$ ;  $p = 0,879$ ; o factor tangibilidade obteve  $F(1,113) = 0,012$ ;  $p = 0,913$ ; atendimento ou prontidão na resposta corresponde  $F(1,113) = 0,030$ ;  $p = 0,862$ ; de garantia e segurança resultou  $F(1,113) = 0,686$ ;  $p = 0,409$ ; empatia alcançou  $F(1,113) = 0,081$ ;  $p = 0,777$ ; satisfação específica teve  $F(1,113) = 0,219$ ;  $p = 0,641$  e humanização global obteve  $F(1,113) = 1,694$ ;  $p = 0,196$  (Ver ANEXO N°10).

A estes valores correspondem as estatísticas descritivas que se encontram na **Tabela 9**. As estatísticas descritivas permitem concluir que, em média, as mulheres se encontram mais satisfeitas que os homens com todos os factores, excepto com o factor humanização global. Neste quem possui uma maior satisfação é o género masculino.

**Tabela 9 - Estatísticas Descritivas – Género dos utentes e factores em estudo**

		Média	Desvio Padrão
CONFIANÇA	Masculino	4,64	0,66
	Feminino	4,66	0,70
	Total	4,65	0,67
TANGIBILIDADE	Masculino	4,11	0,54
	Feminino	4,10	0,73
	Total	4,11	0,63
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Masculino	4,42	0,54
	Feminino	4,44	0,57
	Total	4,43	0,55

**Tabela 9 - Estatísticas Descritivas – Género dos utentes e factores em estudo - continuação**

		Média	Desvio Padrão
GARANTIA E SEGURANÇA	Masculino	4,50	0,49
	Feminino	4,57	0,52
	Total	4,53	0,50
EMPATIA	Masculino	4,47	0,64
	Feminino	4,50	0,58
	Total	4,48	0,61
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Masculino	4,49	0,56
	Feminino	4,54	0,52
	Total	4,51	0,54
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Masculino	4,44	0,93
	Feminino	4,63	0,38
	Total	4,52	0,75

*Relação do nível de escolaridade dos utentes com os factores em estudo*

É possível concluir que se verifica uma diferença significativa ao nível da confiança e da empatia. Para isso analisem-se os dados obtidos: o factor confiança alcançou  $F(2,112) = 3,545$ ;  $p = 0,032$ ; para o factor tangibilidade obteve-se  $F(2,112) = 2,620$ ;  $p = 0,077$ ; atendimento ou prontidão na resposta resultou  $F(2,112) = 2,623$ ;  $p = 0,077$ ; garantia e segurança obteve  $F(2,112) = 2,727$ ;  $p = 0,070$ ; empatia alcançou  $F(2,112) = 6,143$ ;  $p = 0,003$ ; satisfação específica teve  $F(2,112) = 1,901$ ;  $p = 0,154$  e humanização global obteve  $F(2,112) = 0,244$ ;  $p = 0,784$  (Ver ANEXO N<sup>o</sup> 11). Observe-se também a **Tabela 10**.

**Tabela 10 - Estatísticas Descritivas - Nível de escolaridade dos utentes com os factores em estudo**

		Média	Desvio Padrão
CONFIANÇA	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,79	0,51
	Ensino Secundário	4,43	0,91
	Ensino Superior	4,49	0,73
	Total	4,65	0,67
TANGIBILIDADE	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,20	0,58
	Ensino Secundário	4,09	0,60
	Ensino Superior	3,86	0,75
	Total	4,11	0,63
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,53	0,54
	Ensino Secundário	4,27	0,58
	Ensino Superior	4,33	0,53
	Total	4,43	0,55
GARANTIA E SEGURANÇA	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,62	0,45
	Ensino Secundário	4,36	0,62
	Ensino Superior	4,48	0,45
	Total	4,53	0,50
EMPATIA	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,64	0,52
	Ensino Secundário	4,23	0,79
	Ensino Superior	4,29	0,47
	Total	4,48	0,61
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,60	0,52
	Ensino Secundário	4,43	0,57
	Ensino Superior	4,37	0,55
	Total	4,51	0,54
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico	4,50	0,89
	Ensino Secundário	4,61	0,40
	Ensino Superior	4,48	0,61
	Total	4,52	0,75

Verifica-se que confiança e empatia têm, em média, valores mais elevados para utentes que estudaram até ao 3º Ciclo do Ensino Básico.

Em média, obtêm valores intermédios em utentes que têm formação superior.

Confiança e empatia têm, em média, valores mais baixos para utentes que têm formação até ao Ensino Secundário.

Resumindo, confiança e empatia têm valores mais elevados junto de utentes com escolaridade até ao 3º Ciclo do Ensino Básico, seguida de utentes com escolaridade superior, e por último, utentes com escolaridade ao nível do Ensino Secundário.

*Relação do tempo de transplante dos utentes com os factores em estudo*

Com os resultados da ANOVA, indicados no parágrafo seguinte, é possível compreender que não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre a variável independente tempo de transplante e algum dos factores em estudo.

Ao factor confiança corresponde  $F(2,112) = 0,572$ ;  $p = 0,566$ ; do factor tangibilidade resulta  $F(2,112) = 1,268$ ;  $p = 0,285$ ; factor atendimento ou prontidão na resposta obteve  $F(2,112) = 0,434$ ;  $p = 0,649$ ; ao factor garantia e segurança corresponde  $F(2,112) = 0,126$ ;  $p = 0,881$ ; factor empatia teve  $F(2,112) = 0,199$ ;  $p=0,820$ ; ao factor satisfação específica corresponde  $F(2,112) = 0,638$ ;  $p = 0,530$  e o factor humanização global alcançou  $F(2,112) = 0,260$ ;  $p = 0,772$ . (Ver ANEXO N° 12). Analisem-se as respectivas estatísticas descritivas na **Tabela 11**.

**Tabela 11 - Estatísticas Descritivas – Relação do tempo de transplante com os factores em estudo**

		Média	Desvio Padrão
CONFIANÇA	Menos de 1 ano	4,66	0,60
	1 (inclusive) a 5 anos	4,74	0,50
	Mais de 5 anos	4,57	0,82
	Total	4,65	0,68

**Tabela 11 - Estatísticas Descritivas – Relação do tempo de transplante com os factores em estudo - continuação**

		Média	Desvio Padrão
TANGIBILIDADE	Menos de 1 ano	3,97	0,71
	1 (inclusive) a 5 anos	4,12	0,52
	Mais de 5 anos	4,20	0,63
	Total	4,11	0,63
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Menos de 1 ano	4,48	0,56
	1 (inclusive) a 5 anos	4,35	0,49
	Mais de 5 anos	4,44	0,60
	Total	4,43	0,55
GARANTIA E SEGURANÇA	Menos de 1 ano	4,56	0,58
	1 (inclusive) a 5 anos	4,53	0,44
	Mais de 5 anos	4,51	0,49
	Total	4,53	0,50
EMPATIA	Menos de 1 ano	4,50	0,64
	1 (inclusive) a 5 anos	4,52	0,48
	Mais de 5 anos	4,44	0,67
	Total	4,48	0,61
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Menos de 1 ano	4,53	0,55
	1 (inclusive) a 5 anos	4,59	0,43
	Mais de 5 anos	4,45	0,60
	Total	4,51	0,54
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Menos de 1 ano	4,45	1,15
	1 (inclusive) a 5 anos	4,56	0,53
	Mais de 5 anos	4,56	0,48
	Total	4,52	0,75

Percebe-se que utentes com menos de 1 ano de transplante estão, em média, mais satisfeitos com factores como o atendimento e prontidão na resposta e garantia e segurança.

Doentes com tempo de transplante compreendido entre 1 a 5 anos mostram-se mais satisfeitos, em média, com factores como a confiança, empatia e satisfação específica.

Para os utentes com mais de 5 anos de transplante factores como a tangibilidade e a humanização global são, em média, aqueles com que se encontram mais satisfeitos.

*Relação do número de idas ao hospital dos utentes com os factores em estudo*

Da análise da ANOVA, explicitada de seguida, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa ao nível do factor empatia. Desta forma, a empatia dos utentes varia consoante o seu número de idas ao hospital, no último ano.

O factor confiança alcançou  $F(1,113) = 0,173$ ;  $p = 0,678$ ; o factor tangibilidade obteve  $F(1,113) = 0,035$ ;  $p = 0,852$ ; atendimento ou prontidão na resposta alcançou  $F(1,113) = 1,652$ ;  $p = 0,201$ ; a garantia e segurança corresponde  $F(1,113) = 2,609$ ;  $p = 0,109$ ; empatia teve  $F(1,113) = 5,651$ ;  $p = 0,019$ ; satisfação específica alcançou  $F(1,113) = 0,703$ ;  $p = 0,404$  e à humanização global corresponde  $F(1,113) = 0,066$ ;  $p = 0,798$ . (Ver ANEXO N° 13)

Tendo em conta a informação que consta da **Tabela 12**, verifica-se que, em média, há mais empatia por parte dos utentes que vão menos de 10 vezes por ano ao hospital (média = 4,58).

**Tabela 12 - Estatísticas Descritivas – Relação do número de idas ao hospital com os factores em estudo**

		Média	Desvio-Padrão
CONFIANÇA	menos de 10 vezes	4,63	0,71
	10 ou mais vezes	4,68	0,62
	Total	4,65	0,68



**Tabela 12 – Estatísticas Descritivas – Relação do número de idas ao hospital com os factores em estudo - continuação**

		Média	Desvio-Padrão
TANGIBILIDADE	menos de 10 vezes	4,12	0,65
	10 ou mais vezes	4,09	0,59
	Total	4,11	0,63
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	menos de 10 vezes	4,48	0,53
	10 ou mais vezes	4,34	0,60
	Total	4,43	0,55
GARANTIA E SEGURANÇA	menos de 10 vezes	4,59	0,43
	10 ou mais vezes	4,43	0,60
	Total	4,53	0,50
EMPATIA	menos de 10 vezes	4,58	0,54
	10 ou mais vezes	4,30	0,69
	Total	4,48	0,61
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	menos de 10 vezes	4,55	0,51
	10 ou mais vezes	4,46	0,60
	Total	4,51	0,54
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	menos de 10 vezes	4,51	0,70
	10 ou mais vezes	4,55	0,84
	Total	4,52	0,75

A dimensão empatia traduz-se, no questionário, pela compreensão que os diversos profissionais de saúde demonstram perante as dificuldades/fragilidades do utente. Assim, doentes que vão mais vezes à UTR e têm mais contacto com aqueles profissionais, são os que se sentem menos compreendidos, denotando uma menor empatia. Apesar de não haver uma explicação clara, utentes que vão mais vezes à UTR podem ter um problema de saúde mais grave, o que faz com que se sintam mais ansiosos e precisem de mais apoio, elevando as suas expectativas em relação aos profissionais. Quando essas expectativas não são cumpridas, verifica-se uma quebra na empatia.

***Relação da satisfação global dos doentes com a resposta obtida por parte dos profissionais de saúde***

Da análise da **Tabela 13** resulta a não existência de correlação entre a satisfação global dos doentes e a percepção que os profissionais de saúde consideram ser a dos utentes relativamente à satisfação global. Isso implica que quando se questionam os profissionais de saúde acerca de qual a sua percepção acerca da satisfação global dos utentes com a UTR as respostas não coincidem com as dos utentes. Assim, a percepção que os profissionais de saúde consideram ser a percepção dos utentes não é semelhante à dos mesmos.

**Tabela 13 - Relação da percepção dos utentes e dos profissionais de saúde acerca da satisfação global**

	De uma forma geral, qual considera ser o nível de satisfação dos doentes com os serviços prestados pelo HSC na UTR?	
De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com os serviços prestados pelo HSC na UTR?	Correlação de Pearson	0,139
	Sig. (bi-caudal)	0,362

Desta forma verifica-se a existência de duas realidades distintas: a percepção dos utentes e a percepção que os profissionais de saúde consideram ser a dos utentes. Para melhor compreender esse facto, observe-se a **Tabela 14**.

**Tabela 14 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos utentes e dos profissionais de saúde acerca da satisfação global**

	Satisfação Global: Percepção dos utentes	Satisfação Global: Percepção dos profissionais de saúde
Média	4,63	3,56
Desvio-Padrão	0,61	1,41

Verifica-se que a média de satisfação dos utentes é superior à média de satisfação que os profissionais de saúde pensam ser a dos doentes. Como tal, os profissionais de saúde têm uma visão mais pessimista sobre o que consideram ser a satisfação dos doentes. No entanto, importa realçar que os utentes estão ‘muito satisfeitos’ (média é aproximadamente 5) com os serviços prestados na UTR. Por outro lado, os

profissionais de saúde pensam que os utentes apenas se encontram ‘satisfeitos’ (média aproximadamente 4) com a UTR. Portanto, a percepção dos utentes bem como a percepção dos profissionais de saúde é positiva no que se refere aos serviços prestados pela UTR, como se pode ver nas **Tabelas 15 e 16**.

**Tabela 15 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos utentes**

Dimensões	Média	Desvio-Padrão
Tangibilidade	4,11	0,63
Confiança	4,65	0,68
Atendimento ou Prontidão na Resposta	4,43	0,55
Garantia e Segurança	4,53	0,50
Empatia	4,48	0,61
Satisfação Global	4,63	0,61
Satisfação Específica	4,51	0,54
Humanização Global	4,59	0,67

A dimensão tangibilidade é percebida pelos profissionais de saúde como sendo a que confere menor satisfação aos utentes e coincide com a percepção dos próprios.

**Tabela 16 - Estatísticas Descritivas – Percepção dos profissionais de saúde**

Dimensões	Média	Desvio-Padrão
Tangibilidade	2,99	0,48
Confiança	3,38	0,83
Atendimento ou Prontidão na Resposta	3,49	0,43
Garantia e Segurança	3,68	0,32
Empatia	3,58	0,46
Satisfação Global	3,56	1,41
Humanização Global	4,36	0,43

A dimensão mais satisfatória na percepção dos profissionais de saúde acerca do que os doentes pensam é a humanização global, no entanto, na percepção dos utentes a dimensão mais satisfatória é a confiança.

***Análise das melhorias que utentes e profissionais de saúde gostariam de ver implementadas***

Após a realização da análise do conteúdo das questões de resposta aberta procedeu-se à categorização das respostas dos utentes, tendo-se efectuado tabelas de frequências. No *Anexo N° 14* encontram-se as definições das categorias utilizadas.

As diversas respostas dos utentes à questão ‘Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados durante os internamentos’ foram sistematizadas na

**Tabela 17.**

**Tabela 17 - Melhorias no internamento (utentes)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Informação	6	9,23	83,33
Privacidade	6	9,23	83,33
Higiene	13	20,00	76,92
Apoio Psicológico	5	7,69	60,00
Falta de MCD	2	3,08	100,00
Instalações	22	33,85	95,45
Recursos Humanos	11	16,92	100,00
TOTAL	65	100%	87,69%

Desta forma, compreende-se que a maior preocupação dos doentes se prende com as instalações (33,85%), seguida da higiene (20%) e dos recursos humanos (16,92%). No entanto, poucos doentes se mostram preocupados com o facto de haver falta de meios complementares de diagnóstico no internamento (3,08%). A estas categorias corresponde uma fidelidade inter-codificador geral de 87,69%.

Relativamente às melhorias que os utentes gostariam de ver aplicadas nas consultas externas, obteve-se a informação que se pode observar na **Tabela 18**.

**Tabela 18 - Melhorias na consulta externa (utentes)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Instalações	64	48,85	95,52
Higiene	24	18,32	66,67
Atendimento ou tempo de espera	32	24,43	96,88
Recursos Humanos	11	8,40	91,67
TOTAL	131	100%	90,37%

As instalações são a principal melhoria que os utentes gostariam de ver aplicada (48,85%), seguida do atendimento ou tempo de espera (24,43%) e posteriormente a higiene (18,32%). No entanto, os recursos humanos são a última preocupação mencionada pelos utentes (8,40%). Às categorias anteriormente referidas corresponde uma fidelidade inter-codificador geral de 90,37%.

O que os utentes gostariam de ver melhorado no atendimento e no funcionamento dos MCD, focando-se nas análises clínicas, encontra-se na **Tabela 19**.

**Tabela 19 - Melhorias nas análises clínicas (utentes)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Método de funcionamento	12	7,50	91,67
Instalações	65	40,63	89,04
Higiene	46	28,75	76,09
Recursos Humanos	10	6,25	100,00
Atendimento ou Tempo de espera	12	7,50	70,59
Temperatura	15	9,38	75,00
TOTAL	160	100%	83,15%

As principais melhorias apontadas pelos utentes referem-se às instalações (40,63%) e, de seguida, à higiene (28,75%). Os recursos humanos foram a última melhoria mencionada pelos utentes (6,25%). Verifica-se uma fidelidade inter-codificador geral de 83,15% para as categorias anteriormente mencionadas.

Relativamente ao que os doentes gostariam de ver melhorado na UTR e que ainda não tinha sido referido anteriormente, destacam-se as categorias que se encontram na **Tabela 20**.

**Tabela 20 - Melhorias na UTR (utentes)**

Categories	Frequências Absolutas	Frequências Relativas (%)	Fidelidade (%)
Junção dos 3 hospitais no CHLO prejudicou o HSC	2	25,00	100,00
Preferiam ter sempre o mesmo médico porque consideram não haver troca de informação entre os médicos da UTR.	3	37,50	100,00
Acesso à UTR não tem identificação (não está sinalizado).	1	12,50	100,00
Transitar da consulta de Transplantação Renal para a consulta de Nefrologia.	1	12,50	100,00
Serviço de SMS que alerta para o dia da consulta.	1	12,50	100,00
TOTAL	8	100%	100%

Conclui-se que 37,50% dos utentes que responderam a esta questão mencionaram que preferiam ter sempre o mesmo médico. As respostas menos obtidas corresponderam a 12,50% de frequência relativa o que implica que foram respostas dadas apenas por uma pessoa. Note-se que a esta categorização das respostas corresponde uma fidelidade inter-codificador geral de 100%.

E porque não foram apenas os utentes os inquiridos acerca das melhorias que gostavam de ver implementadas, na **Tabela 21** figuram as respostas dos profissionais de saúde quando questionados acerca das melhorias no internamento da UTR. Relativamente às categorias mencionadas verifica-se uma fidelidade inter-codificador geral de 100%.

**Tabela 21 - Melhorias no internamento (profissionais)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Recursos Humanos	4	21,05	100,00
Instalações	7	36,84	100,00
Inter-ajuda das várias classes profissionais	1	5,26	100,00
Equipamentos	7	36,84	100,00
TOTAL	19	100%	100%

Relativamente ao que gostariam de ver implementado de forma a melhorar a consulta externa, os profissionais de saúde responderam o que se encontra na **Tabela 22**.

**Tabela 22 - Melhorias na consulta externa (profissionais)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Recursos Humanos	4	22,22	100,00
Instalações	7	38,89	100,00
Tempo de espera/horários	5	27,78	100,00
Tempo de consulta adequado a cada doente	1	5,56	100,00
Gestão do stress de todos os profissionais e doentes	1	5,56	100,00
TOTAL	18	100%	100%

Verifica-se que às categorias anteriormente mencionadas equivale uma fidelidade inter-codificador geral de 100%.

No que se refere aos meios complementares de diagnóstico, os profissionais de saúde distinguiram melhorias a realizar no âmbito das análises clínicas e ainda noutros meios complementares de diagnóstico. A **Tabela 23** mostra as melhorias a realizar ao nível das análises clínicas.

**Tabela 23 - Melhorias nas análises clínicas (profissionais)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Recursos Humanos	2	22,22	100,00
Instalações da sala de espera	5	55,56	100,00
Instalações da sala de colheitas	1	11,11	100,00
Prolongamento do horário de colheitas	1	11,11	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Às categorias anteriores corresponde uma fidelidade inter-codificador geral de 100%.

As melhorias ao nível dos outros meios complementares de diagnóstico encontram-se na **Tabela 24**. Verifica-se uma fidelidade inter-codificador geral de 100%.

**Tabela 24 - Melhorias nos outros MCD (profissionais)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Imagiologia poder realizar maior diversidade de exames	4	66,67	100,00
Diminuição do tempo de marcação de exames	1	16,67	100,00
Horário de funcionamento igual em todos os serviços de MCD	1	16,67	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Quanto às melhorias na UTR e que não tenham sido anteriormente mencionadas, os profissionais de saúde responderam o que se encontra na **Tabela 25**.



**Tabela 25 - Melhorias na UTR (profissionais)**

Categorias	Frequências	Frequências	Fidelidade
	Absolutas	Relativas (%)	(%)
Menor tempo de espera quando se recorre à UTR de forma não programada.	1	25,00	100,00
Serviço clínico é prestado 24/24horas, por isso, o serviço administrativo devia funcionar, pelo menos, até às 20h.	1	25,00	100,00
Informatização	1	25,00	100,00
Integração dos médicos internos na equipa	1	25,00	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Mais uma vez, a fidelidade inter-codificador associada às categorias anteriores é 100%.

Seguidamente, passamos à análise dos resultados dos testes qui-quadrado, obtidos para os utentes, que têm como objectivo demonstrar se existe ou não associação entre as diversas variáveis em estudo.

Conclui-se que as melhorias no internamento e na consulta externa estão positivamente associadas, como se pode verificar pelo teste de qui-quadrado ( $\chi^2(1) = 4,376; p=0,036$ ). Assim, quem quer ver implementadas melhorias numa dimensão também as quer na outra.

Observa-se uma associação positiva entre as melhorias a realizar nas análises clínicas e na consulta externa. As dimensões a melhorar tanto nas análises clínicas como na consulta externa são as instalações e a higiene.

As melhorias nas instalações das análises clínicas estão positivamente associadas às melhorias das instalações da consulta externa, como se pode verificar pelos resultados do teste de qui-quadrado ( $\chi^2(1) = 6,355; p = 0,012$ ). São ambas

inadequadas relativamente ao número de utentes que atendem, com poucas infra-estruturas, e com um número reduzido de casas de banho. Os utentes transplantados chamam a atenção para o facto de serem imunodeprimidos o que implica que não devem estar em ambientes fechados. Assim, as instalações da consulta externa, bem como das análises clínicas, deviam ser ventiladas, ter janelas e possuir maiores dimensões. A sala de espera da consulta externa é um corredor, com um número de lugares sentados claramente inferior ao número de utentes a que se destina. Além disso, os doentes transplantados têm que partilhar os poucos lugares com os doentes oncológicos. Assim, gostariam de ver o corredor transformar-se numa sala de espera, com cadeiras mais confortáveis e em maior número, não tendo que partilhar a sala de espera com outro qualquer tipo de doentes. Quanto às salas de espera das análises clínicas, aquela que devia ser apenas para utentes transplantados é usada por todo o tipo de utentes, e a segunda sala de espera, criada posteriormente, fica longe do local de chamada dos utentes para a sala de colheitas, não tendo uma temperatura adequada.

Verifica-se ainda uma associação positiva entre as melhorias de higiene que os utentes gostariam de ver aplicadas na consulta externa com as melhorias de higiene nas análises clínicas, como se pode comprovar pelo teste de qui-quadrado ( $\chi^2(1) = 6,253; p = 0,012$ ). Os utentes referem que, nas análises clínicas, o número de casas de banho não é suficiente, que devia haver separação de casas de banho para transplantados (sujeitos a mais infecções devido à medicação que tomam) e não transplantados, bem como divisão para homens e mulheres. No que se refere às casas de banho da consulta externa, os utentes referem a importância da divisão em casas de banho para transplantados/não transplantados, apesar de outros considerarem apenas a separação para homens/mulheres.

Do que se disse constata-se que utentes que pretendem observar melhorias numa dimensão, também o pretendem para a outra.

Verifica-se uma associação positiva entre as melhorias a realizar na consulta externa e as melhorias a realizar na UTR em geral, e que ainda não tinham sido mencionadas, como se pode verificar através do teste do qui-quadrado ( $\chi^2(1) =$

4,085;  $p = 0,043$ ). Assim, os utentes que pretendem ver implementadas mudanças numa dimensão, são os mesmos que também o pretendem para a outra.

No caso dos profissionais de saúde, verifica-se uma associação positiva entre as melhorias a implementar no internamento e as melhorias a implementar na consulta externa, como se verifica pelo resultado do teste qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 8,973$ ;  $p = 0,003$ ). A melhorar no internamento encontram-se as instalações bem como os recursos humanos na consulta externa. A associação que se estabelece provém dos recursos humanos que estão a ser solicitados na consulta e que privam os doentes internados do seu contacto. Por exemplo, médicos que estejam a trabalhar na consulta externa não conseguem prestar apoio e auxílio a doentes transplantados que estejam internados. Assim, os profissionais de saúde que consideram necessárias melhorias nas instalações do internamento são aqueles que indicam serem precisas melhorias nos recursos humanos da consulta externa.

Existe também uma associação positiva entre os recursos humanos do internamento e da consulta externa, e as melhorias que os profissionais de saúde gostavam de ver implementadas na UTR. Os testes qui-quadrado, ambos com o mesmo resultado ( $\chi^2 (1) = 19,241$ ;  $p = 0,000$ ), revelam que os profissionais de saúde se preocupam com o tempo de espera dos doentes que recorrem à UTR de forma não programada. Possivelmente por ser uma situação inesperada, não estão pré-definidas formas de actuação, conduzindo a que os utentes fiquem mais tempo à espera e que os próprios recursos humanos reconheçam a situação como inesperada. Portanto, profissionais de saúde que pretendam melhorias nos recursos humanos do internamento, exigem melhorias nos recursos humanos da consulta externa.

As melhorias a implementar na consulta externa centram-se nos recursos humanos e estão positivamente associadas à informatização da UTR, como se verifica pelo teste qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 19,241$ ;  $p = 0,000$ ). Os recursos humanos consideram que se houvesse uma melhoria na informatização na UTR o trabalho ficaria facilitado. Assim, profissionais de saúde que pretendem alterações nos

recursos humanos da consulta externa, também desejam mudanças relativamente à informatização da UTR.

Relativamente às melhorias a implementar nos MCD constata-se uma associação positiva com as melhorias a realizar na UTR e que ainda não tinham sido referidas. Os profissionais de saúde estabelecem uma associação positiva entre a maior diversidade de exames que o serviço de Imagiologia poderia fazer e o alargamento do horário dos serviços administrativos da UTR, de acordo com o resultado do teste qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 19,241; p = 0,000$ ). Verifica-se um desfasamento entre o horário do serviço clínico e o horário do serviço administrativo. Para colmatar esta situação, os profissionais de saúde sugerem que o serviço administrativo encerre às 20 horas, proporcionando uma maior complementaridade de serviços. Assim, aumentando-se a possibilidade de realizar maior diversidade de exames no serviço de Imagiologia, aumentando-se a carga horária dos serviços administrativos e mantendo-se a prestação do serviço clínico durante 24 horas, pode proporcionar-se um maior acompanhamento aos utentes.

Portanto, quem pretende alterações na diversidade de exames feito no serviço de Imagiologia, exige o alargamento do horário dos serviços administrativos da UTR.

## ***CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES FINAIS***

---

O objectivo principal deste trabalho era conhecer a percepção que utentes e profissionais de saúde têm acerca da qualidade dos serviços da Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz e, em particular, acerca da humanização. Para isso usou-se a escala SERVPERF, classificada como uma das mais tradicionais, e procurou-se avaliar de forma empírica os seus pressupostos de validade e confiabilidade, confirmadas através de uma análise factorial confirmatória. Os pontos fracos da gestão da UTR são conhecidos através deste instrumento, contribuindo para que se possam formular planos de correcção, que devem ser posteriormente implementados. Após a sua implementação, o Hospital de Santa Cruz deve melhorar o seu poder competitivo e conquistar com maior facilidade a lealdade dos utentes.

Os resultados demonstraram que tanto utentes como profissionais de saúde, referem que as melhorias prementes são ao nível das instalações. Assim, justifica-se que a dimensão em que a percepção da satisfação dos utentes e dos profissionais é menor, seja a dimensão tangibilidade. Contudo, e de acordo com a revisão da literatura, boas instalações não são suficientes quando se está perante um ambiente pouco humanizado.

Concluiu-se que para os utentes a percepção da satisfação é maior na dimensão confiança. No entanto, o principal inconveniente da mesma é depender bastante do desempenho do executante.

Tal como foi referido na revisão da literatura, o que distingue os serviços é a forma como são prestados, e a forma varia porque os executantes não são sempre os mesmos. A corroborar o que se concluiu está o facto de na relação médico-doente a confiança ser um factor fundamental.

Por seu lado, os profissionais de saúde consideraram que a percepção da satisfação dos utentes seria maior na dimensão humanização. Como tal, do ponto de vista daqueles, os utentes valorizariam mais a forma como os cuidados de saúde lhes

são adaptados, de modo a responder melhor às suas necessidades. De acordo com Osswald, são os profissionais de saúde que sentem mais urgência em humanizar os serviços. Essa urgência reflectiu-se nos resultados.

A humanização pressupõe uma actuação particular, uma forma individualizada de agir. Como tal, não há padrões que possam servir de guia a profissionais de saúde e organizações, dado que a mesma consiste num processo adaptável a cada paciente. Se assim não for, não existe humanização porque não satisfaz as necessidades do utente e não se revela uma resposta individualizada.

A humanização é tratar, nos serviços de saúde, o utente como uma boa família faz quando tem alguém doente em casa. Apesar de não haver um conceito específico para definir humanização, esta traduz-se num conceito abstracto mas concretizável.

A percepção da satisfação dos utentes correspondeu, em média, a um nível ‘Muito Satisfeito’, enquanto a percepção que os profissionais de saúde têm acerca da satisfação dos utentes correspondeu, em média, a um nível ‘Satisfeito’. Como tal, a percepção da qualidade da Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz é, em geral, satisfatória. No entanto, há que referir que os doentes transplantados são uma excepção à maioria dos doentes. São pessoas que transitam de um estado de doença, para um estado de saúde claramente melhor.

Verificaram-se ainda algumas limitações neste estudo. As principais ocorreram no processo de recolha de dados. Relativamente ao perfil da amostra estudada verifica-se uma limitação referente à utilidade da sua extensão para outras Unidades de Transplantação Renal. O facto dos dados terem sido recolhidos através de uma amostra não probabilística, por conveniência, torna impossível a generalização dos mesmos. O estudo apenas considerou a percepção da qualidade dos serviços das Unidades de Transplantação Renal, de onde extraiu a sua amostra – a UTR do Hospital de Santa Cruz. Tendo em conta estas limitações, aconselha-se que para estudos posteriores sejam consideradas amostras probabilísticas possibilitando a generalização de dados.

Analisando o modo como foram escritos os itens da dimensão humanização global constata-se que se referem ao desejo dos utentes, ao que gostariam que viesse a acontecer no futuro. Ao contrário das restantes dimensões que reflectem a avaliação da realidade, do dia-a-dia, a dimensão humanização global coloca-se num patamar diferente. Sugere-se que em estudos posteriores a forma como esta dimensão está escrita seja revista para que a mesma avalie a realidade da UTR e não a visão de futuro dos utentes. No *ANEXO N°6* encontram-se propostas de questionários a aplicar em estudos posteriores, no entanto, ainda não foram testados.

No que se refere à colaboração de utentes, não houve problemas na obtenção das suas opiniões acerca da UTR. No entanto, relativamente à colaboração dos profissionais de saúde, verificou-se que os enfermeiros se mostraram mais disponíveis para participar, ao contrário das restantes classes profissionais. A classe médica, apesar de considerar este estudo interessante, não se mostrou tão disponível para colaborar. Este facto deve-se, provavelmente, à coincidência de um congresso de Nefrologia, bem como das férias de Carnaval, aliada a uma sobrecarga horária há muito suportada pelos médicos.

Foram também alcançadas contribuições académicas, apesar das limitações encontradas. Este é, muito possivelmente, o primeiro estudo realizado em Portugal sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, que tenta integrar a dimensão humanização na escala SERVPERF. A utilização desta escala como medida da qualidade de serviço percebida mostrou-se promissora. A adequação das medidas de ajustamento credencia esta escala para futuras replicações na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A escala SERVPERF foi de fácil aplicação no ambiente hospitalar e prevê-se que esteja também habilitada a novas aplicações.

Uma vez que os questionários realizados aos profissionais de saúde não possuem dimensão amostral suficiente, não foi possível testar as qualidades psicométricas da escala neste grupo amostral. Assim, a escala SERVPERF pode medir adequadamente a percepção da qualidade de serviços pelos profissionais de saúde, mas neste estudo não foi possível testá-lo. Em pesquisas futuras sugere-se a confirmação de que a escala SERVPERF mede adequadamente a percepção da qualidade dos serviços dos profissionais de saúde.

Este trabalho é mais uma contribuição para a diversificação dos sectores que utilizaram a escala SERVPERF, comprovando a sua aplicação em diversos tipos de serviços, o que lhe confere maior validade externa.

Sugere-se que a qualidade dos serviços de saúde seja sistematicamente avaliada, não apenas através da percepção dos utentes mas também através da percepção dos profissionais. Por isso, deve ser aplicada em mais hospitais, dando-se cada vez maior ênfase à humanização.

Pretende-se que o Hospital de Santa Cruz, através do conhecimento da percepção dos inquiridos, consiga transformar a qualidade dos serviços num factor crítico de sucesso capaz de gerar uma vantagem competitiva, culminando num melhor serviço ao cliente.

Cada vez mais a qualidade dos serviços de saúde é um factor decisivo na escolha dos utentes. Começando os serviços de saúde a valorizar a importância da humanização, numa época em que a maioria não o faz, estarão a ser vanguardistas e contribuirão para o estabelecimento de uma vinculação mais forte entre os utentes e os prestadores dos cuidados de saúde.

A humanização veio para ficar...



## ***CAPÍTULO 8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

---

Almeida, V. (1999), *Cadernos regionais. Infra-estruturas e indicadores de saúde na região centro*. Instituto Nacional de Estatística. (p. 39)

Associação de Cuidados de Saúde (2009), Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, <http://www.ptacs.pt/page.aspx?idCat=1580> .

Baraňano, A. M. (2005), *Métodos e técnicas de investigação em Gestão - Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Edições Sílabo (55-72 e 79-101)

Bettinelli, L. A., J. Waskiewicz, e A. L. Erdmann (2003), Humanização do cuidado no ambiente hospitalar, *O mundo da saúde* 27 (2), 231-8

Boquinhas, J. M. (2002), *Um outro olhar sobre a saúde*. Lisboa: Editora Hugin (53-8; 85-93; 103-5; 119-29 e 151-3)

Boulding, W., A. Kalra, R. Staelin e V. A. Zeithaml (1993), A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions, *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27

Browne, M.W. e R. Cudeck (1993), Alternative Ways of Assessing Model Fit, em K.A. Bollen e J.S Long (eds.), *Testing Structural Equation Models*, Newbury Park, Califórnia: Sage, 136-162.

Byrne, B. M. (1989), *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.

Carmo, O. (2003), A indispensável humanização da saúde, [http://www.agencia.ecclesia.pt/noticia\\_all.asp?noticiaid=4887&seccaoid=8&tipoid=47](http://www.agencia.ecclesia.pt/noticia_all.asp?noticiaid=4887&seccaoid=8&tipoid=47) .

Cohen, C. (2006), Falta de tempo e de diálogo cria abismo entre médicos e pacientes, [http://www.crmpr.org.br/ver\\_noticias.php?id=594](http://www.crmpr.org.br/ver_noticias.php?id=594) .

Cönsoli, M. A. e D. P. Martinelli (2001), Avaliação da qualidade de serviços: um caso, <http://www.ead.fea.usp.br/semead/5semead/Adm.%20Geral/Avalia%20ao%20da%20qualidade%20de%20servi%20os.pdf> .

Cota, B. V. (2006), *Manual de Marketing de Serviços*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa.

Cronin, J. J. Jr. e S. A. Taylor (1992), Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing* 56, 55-68.

Decreto-Lei nº 38/2010 de 20 de Abril. *Diário da República nº 76 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei nº 553/76 de 13 de Julho. *Diário da República nº 162 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa

Deslandes, S. F. (2004), Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, *Ciência & Saúde Colectiva* 9 (1), 7-14.

Ferreira, P. L. (1999), *Cadernos regionais. O estado da saúde em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa (p. 17)

Ferreira, P. L. e V. Raposo (2006), A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22 (3), 288.

Fornell, C. e D. F. Laker (1981), Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of Marketing Research* 18 (1), 39-50.

Freitas, A. L. P. e M. I. Cozendey (2008), Um modelo Servperf para avaliação de serviços hospitalares, [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008\\_TN\\_STO\\_070\\_502\\_10664.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_070_502_10664.pdf).

Gallian, D. M. C. (2000), A (Re)humanização da Medicina, <http://www.hottopos.com/convenit2/rehuman.htm>.

Harrington, D. (2009), *Confirmatory Factor Analysis, Pocket Guides to Social Work Research Methods*. New York: Oxford University Press (3-30 e 50-77)

Hoy, P. (2008), Protect yourself during a hospital stay, *Forbes Magazine*.

Hu, L. T. e P. M. Bentler (1999), Cutoff Criteria for Fit Indices in Covariance Structural Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives, *Structural Equation Modeling* 6, 1-55

Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (2007), *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. P.35-6 e 71-2

Jain, S. K. e G. Gupta (2004), Measuring Service Quality: SERVQUAL vs SERVPERF Scales, <https://classshares.student.usp.ac.fj/TS208/2006%20Material/TS208%20Resources/Measuring%20Service%20Quality%20SERVQUAL%20vs.%20SERVPERF.pdf>.

Jornal Oficial das Comunidades Europeias (2000), Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, <http://www.asst.min-saude.pt/Paginas/legislacao.aspx>.

Kotler, P., V. Wong, J. Saunders e G. Armstrong (2005), *Principles of Marketing*. Fourth European edition. Harlow: Pearson Prentice Hall (33, 256-68, 233-9, 419, 421, 424-6 e 624-51)

Lei nº 12/93 de 22 de Abril. *Diário da República nº 94 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 22/2007 de 29 de Junho. *Diário da República nº 124 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Maia, M.A., A.M.B.K. Salazar e P.M.G. Ramos (2007), A adequação dos modelos servqual e servperf na medição da qualidade de serviço: o caso RAR imobiliária, *Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro*, 1802-13.

Malta, D.C., L.C.O. Cecílio, E.E. Merhy, T.B. Franco, A.O. Jorge e M.A. Costa (2004), Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, *Ciência & Saúde Colectiva* 9 (2)

Milan, G. S. (2003), A implementação de um departamento de pós-vendas em um ambiente de serviços na área da saúde, [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP2003\\_TR0207\\_0076.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP2003_TR0207_0076.pdf).

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004/2010, [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_338.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html).

Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. L. Berry (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing* 49(Autumn), 41-50

Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. L. Berry (1988), SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Marketing* 64 (1), 12-40

Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. L. Berry (1991), Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Retailing* 67(4), 420-50

Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. L. Berry (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research, *Journal of Marketing* 58, 111-24

Peppers, D. e M. Rogers (1999), *Enterprise one to one: Tools for competing in the interactive age*. New York: Currency Doubleday (2, 7, 10-27, 42-43 e 52-65)

Pessini, L. (2002), Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar, <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>.

Reimão, S. (2007), O específica na missão da Igreja – Contributo para a humanização dos cuidados e das relações, [http://www.pastoraldasaude.pt/dynamicdata/asset/CNPSII\\_Sofia\\_Reimao.pdf](http://www.pastoraldasaude.pt/dynamicdata/asset/CNPSII_Sofia_Reimao.pdf).

Roses, L. K., F. Gastal, N. Hoppen, G. Lunardi e A. Brodbeck (2005), Gestão do alinhamento das percepções sobre a qualidade dos serviços em tecnologia da informação, [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP2005\\_Enecep0207\\_1763.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP2005_Enecep0207_1763.pdf).

Salazar, A., J. Costa e P. Rita (2004), Relationship between service quality, customer satisfaction and behavioural intentions: a study of the hospitality sector, *Proceedings of the 33<sup>th</sup> Annual Conference of the European Marketing Academy (EMAC)*, Murcia, Espanha, 2-8

Salomi, G. G. E., P. A. C. Miguel e A. J. Abackerli (2005), Servqual x Servperf: Comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos, *Gestão & Produção* 12 (2), 279-291

Santana, P., A. Vaz e M. Fachada (2004), O estado de saúde dos portugueses – Uma perspectiva espacial, *Revista de estudos demográficos* (36), 22

Santos, I. e I. L. Ribeiro (2009), Indicadores de desempenho na consulta, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 25 (2), 233

Santos, L. (2008), Análise e Tratamento da Informação, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 24 (5), 708-9

Teixeira, J. A. C. (2004), Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes, *Análise Psicológica* 22 (3), 615-20

Universidade de Coimbra (2008), Honoris Causa para Walter Osswald pelo seu estatuto enquanto cientista, universitário e defensor dos princípios bioéticos, [http://www.uc.pt/media\\_uc/pr\\_0804/080403P1.pdf](http://www.uc.pt/media_uc/pr_0804/080403P1.pdf) .

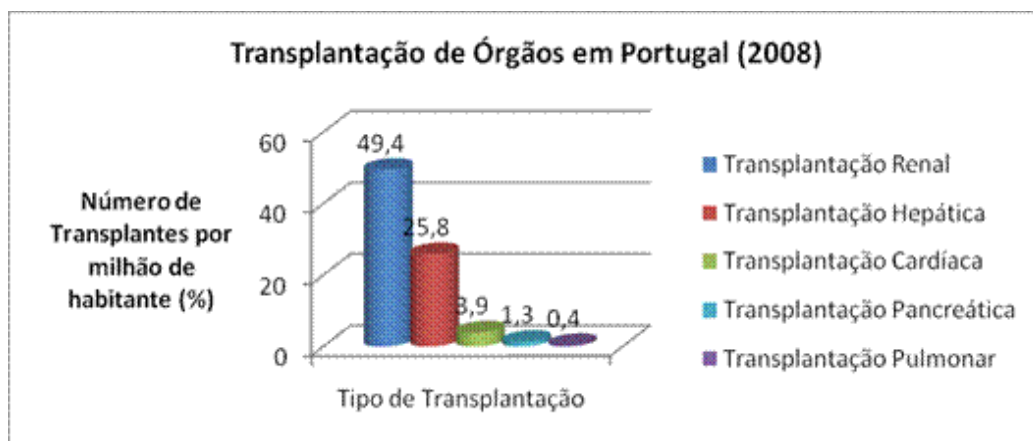
Erro médico afecta um em cada dez doentes (2008) <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/medicos-erro-cirurgiao-oms-medicina/992711-4071.html> .

## ANEXOS

### ANEXO Nº 1

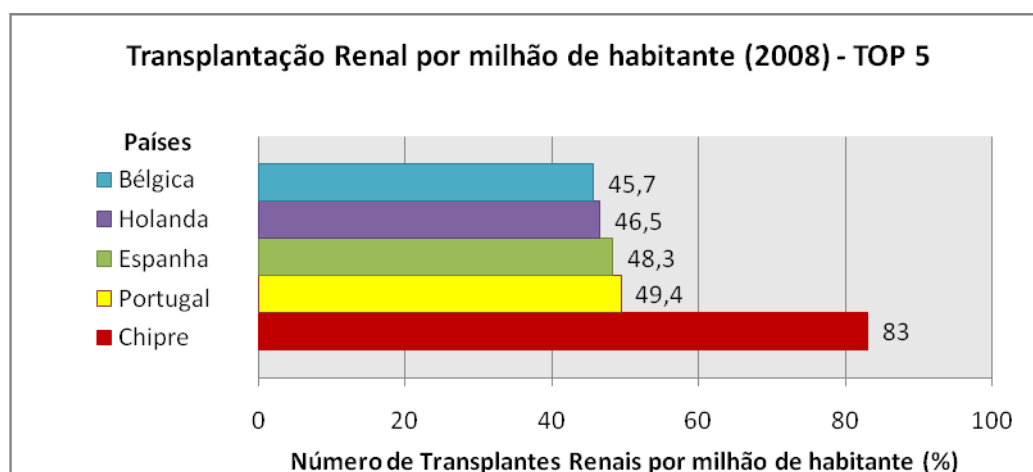
#### JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Pretendeu-se estudar a humanização em contexto hospitalar, especificamente, numa unidade de transplantação. Analisando as estatísticas nacionais (**Ilustração A**), decidiu-se estudar uma unidade de transplantação renal uma vez que é a transplantação mais realizada em Portugal.



**Ilustração A - Transplantação de Órgãos em Portugal (Fonte: Newsletter Transplant, September 2009, Vol.14, Nº1)**

Estabelecendo a comparação com os restantes países europeus, verifica-se que Portugal é o segundo país que mais transplanta rins por milhão de habitante (**Ilustração B**).



**Ilustração B - Transplantação Renal em 5 países europeus (Fonte: Newsletter Transplant, September 2009, Vol.14, Nº1)**

Foi escolhida a Unidade de Transplantação Renal do Hospital de Santa Cruz uma vez que esta é a única unidade de transplantação que integra o projecto-piloto da Associação Portuguesa de Humanização na Saúde.

**ANEXO Nº2**

**RESUMO DA HISTÓRIA DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL  
NO MUNDO E EM PORTUGAL**

<b>Anos</b>	<b>História da transplantação renal</b>
<b>1954</b>	<p>Primeiro transplante renal com dador vivo (EUA). Foi realizado entre gémeos monozigóticos por Joseph Murray e John Merrill. Demonstrou que o ser humano pode sobreviver graças ao órgão de outro. Foi o primeiro transplante renal bem sucedido feito no homem.</p> <p>LEGISLAÇÃO: A ‘mutilação’ de um ser vivo era condenada por lei por não ser um procedimento feito com vista a melhorar a saúde do próprio indivíduo. A legitimidade da doação de órgãos era difícil de estabelecer.</p>
<b>1957</b>	<p>Descobre-se que para o sucesso da transplantação era condição necessária mas não suficiente o sistema sanguíneo AB0 ser semelhante entre o par dador-receptor. Assim, a diferença encontrava-se nos glóbulos brancos (HLA - <i>human leucocit antigen</i>).</p>
<b>1959</b>	<p>Dr. Murray, Dr. Merrill e Dr. Harrison, transplantam um rim de um gémeo dizigótico para outro. O doente teve episódios de rejeição, vindo a falecer 20 anos após o transplante, de ataque cardíaco.</p>
<b>1960</b>	<p>Apesar de descobertos em 1954, só depois de 1960 é que os imunossuppressores foram usados no homem. Desenvolvidos pelo Laboratório Wellcome na Grã-Bretanha, podem ser físicos (radiações) ou químicos (medicamentos).</p> <p>Percebe-se que o sucesso do transplante renal dependia não só da técnica cirúrgica como também da diálise, dos imunossuppressores e da compatibilidade HLA.</p>
<b>1963</b>	<p>Primeiro transplante renal com dador cadáver (Bélgica).</p>
<b>1965</b>	<p>A possibilidade de colher órgãos em indivíduos que ainda têm o coração a bater (mas em morte cerebral) foi uma verdadeira revolução na transplantação renal, rapidamente seguida na transplantação de outros órgãos. Ficou claramente demonstrado que a qualidade de um rim cadáver era igual à de um rim proveniente de dador vivo.</p> <p>LEGISLAÇÃO: Durante anos, a colheita de órgãos foi tolerada pelos legisladores que confiavam na competência e consciência dos médicos e cirurgiões. Passou a ser legal colher órgãos em doentes em morte cerebral, nos EUA. Em França, apenas em 1968 foi possível colher órgãos para fins terapêuticos.</p>
<b>1966</b>	<p>Primeiro transplante simultâneo de pâncreas e rim (EUA).</p>
<b>1969</b>	<p>Equipa médica liderada pelo cirurgião Linhares Furtado realizou o primeiro transplante renal com dador vivo em Portugal.</p>
<b>1976</b>	<p>A farmacêutica Sandoz publicou um estudo onde indicava a Ciclosporina como sendo o novo agente antilinfocitário. Mais tarde, Sir Roy Calne concluiu que a Ciclosporina era suficientemente potente e não tóxica para se tornar um imunossupressor atractivo para experimentação em pacientes transplantados. Com a aplicação de imunossuppressores as taxas de sucesso da transplantação, no primeiro ano, passaram de 30% para cerca de 80% ou 90%.</p>
<b>1980</b>	<p>Foi realizado o primeiro transplante renal com dador cadáver, pelos cirurgiões Linhares Furtado e João Pena. A colheita dos rins foi feita em Coimbra por Linhares Furtado, onde efectuou o transplante de um rim, enviando o outro para Lisboa para que o seu colega João Pena o pudesse transplantar.</p>
<b>1981</b>	<p>Foi realizada a primeira transplantação renal pediátrica em Portugal, pelo Prof. Dr. A. Linhares Furtado.</p>

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

<b>1982</b>	A Ciclosporina era incluída nos protocolos de imunossupressão por todo o mundo. Tinha como nome comercial Sandimmune, devido ao facto de ter sido desenvolvida pela farmacêutica Sandoz.														
<b>Anos 90</b>	<p>A terapêutica reduzia-se a: Ciclosporina, Azatioprina e Tacrolimus (imunossupressores), e Prednisolona (corticóide).</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Ano</th> <th style="text-align: center;">Número de transplantes realizados até este ano, no Mundo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1966</td> <td style="text-align: center;">16</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1970</td> <td style="text-align: center;">170</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1975</td> <td style="text-align: center;">340</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1985</td> <td style="text-align: center;">670</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1993</td> <td style="text-align: center;">2000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2000 (PREVISÃO)</td> <td style="text-align: center;">                     Mais de 200 mil transplantados no Mundo.  <b>Previa-se que, no ano 2000, um acto cirúrgico em cada dois seria um transplante!</b> </td> </tr> </tbody> </table>	Ano	Número de transplantes realizados até este ano, no Mundo	1966	16	1970	170	1975	340	1985	670	1993	2000	2000 (PREVISÃO)	Mais de 200 mil transplantados no Mundo. <b>Previa-se que, no ano 2000, um acto cirúrgico em cada dois seria um transplante!</b>
Ano	Número de transplantes realizados até este ano, no Mundo														
1966	16														
1970	170														
1975	340														
1985	670														
1993	2000														
2000 (PREVISÃO)	Mais de 200 mil transplantados no Mundo. <b>Previa-se que, no ano 2000, um acto cirúrgico em cada dois seria um transplante!</b>														
<b>Depois dos anos 90 até à actualidade</b>	<p>Surgem novos imunossupressores: Micofenolato de Mofetil e Basiliximab.</p> <p>Depois do ano 2000, emergiram os seguintes imunossupressores: Sirolimus, Everolimus, Micofenolato de Sódio e Advagraf.</p>														

### ANEXO Nº3

#### LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

Com o passar dos anos, e através da evolução das técnicas de transplantação em Portugal, a legislação foi sendo adaptada.

O primeiro Decreto-Lei que existe sobre transplantação é o D.L. Nº 553, de 13 de Julho de 1976. Aí pode ler-se que o “*aperfeiçoamento das técnicas de reanimação e cuidados intensivos (...) vão modificando os critérios biológicos e clínicos para o diagnóstico da morte*”. Nesta época, tal como actualmente, o diagnóstico da morte é de extrema importância, uma vez que há múltiplas implicações da mesma na qualidade dos órgãos e na possibilidade de os transplantar.

Em legislação posterior à supra citada é possível notar a presença do Artº 12º, onde no Nº1 já está incluída a morte cerebral. Diz-se que “*Cabe à Ordem dos Médicos, (...), enunciar e manter actualizado, (...), o conjunto de critérios e regras (...) idóneos para a verificação da morte cerebral*”.

No seu Artigo 5º o Decreto-Lei 553/76 refere ainda que “*os médicos não podem proceder à colheita quando por qualquer forma lhes seja dado conhecimento da oposição do falecido*”. Actualmente a legislação já não funciona assim. A Lei Nº 12/93 de 22 de Abril (de 1993) vem dizer no seu Capítulo III, Artº 11º, Nº1 que “*É criado um Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (...) para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores.*” Assim, apenas quem está registado no RENDA não pode ser dador de órgãos. Esta lei foi posteriormente alterada passando a informar, no seu Capítulo III, Artº 11º, Nº1, que “*É criado um Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), informatizado, para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores*”. Esta modificação da legislação faz com que seja mais fácil que os cidadãos exprimam a sua opinião sobre a doação de órgãos. O legislador optou por legislar pela negativa, isto é, apenas quem não quer ser dador tem que manifestar essa opção junto do Ministério da Saúde, uma vez que a maioria dos portugueses se manifesta a favor da doação de órgãos *post mortem*. Esta ‘regra’ verifica-se através do Artº 13º, Nº6, Capítulo III da presente lei onde se diz que “*Quando não for possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva (...)*”.

A grande revolução legislativa ocorre aquando da publicação da Lei Nº 12/93 de 22 de Abril. Aí passou a estar incluído um capítulo totalmente destinado à regulação da colheita de órgãos em vida. No seu Capítulo II, Artº 6º, Nº1 o legislador ressalva que “*(...) só são admitidas colheitas em vida de substâncias regeneráveis*”.

Actualmente encontra-se em vigor a Lei Nº 22/2007 de 29 de Junho, que certifica que o disposto no Capítulo II, Artº 6º, Nº1 da Lei Nº 12/93 passa a incluir também “*(...) a dádiva e a colheita em vida de órgãos, tecidos ou células para fins terapêuticos ou de transplante*”.

Outro dado novo introduzido pela legislação actual foi a criação da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA). Esta entidade actua “*no caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis (...)*”. Além disso emite um parecer que é vinculativo



## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

em caso de dádiva e colheita de órgãos em vida para transplantação. A EVA é portanto parte integrante da Comissão de Ética dos hospitais onde são feitas as colheitas de órgãos.

No N.º 2 do Art.º 6.º da Lei N.º 12/93 mencionava-se ainda que, *“Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e receptor relação de parentesco até ao 3.º grau”*. Também este capítulo da legislação foi modificado constando actualmente que *“A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva só pode ser feita no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido em dador post mortem e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável”*. Quer esta nova versão da legislação dizer que todas as pessoas podem ser dadoras em vida, independentemente do grau de parentesco existir ou não, desde que não haja nenhum órgão compatível de um dador cadáver.

De referir ainda que tanto a Lei N.º 12/93 como a Lei N.º 22/2007 defendem os direitos dos dadores vivos, nomeadamente, o direito à assistência e à indemnização. No Art.º 9.º, do Capítulo II, da presente lei passaram a estar incluídas as despesas inerentes à doação, caso que não se verificava anteriormente, onde os dadores tinham que suportar todas as despesas dos procedimentos que antecediam a mesma.

Adicionalmente, foram isentados do pagamento de taxas moderadoras não só os doentes transplantados como também os dadores vivos de órgãos, de acordo com o disposto no Decreto-Lei N.º 38/2010 de 20 de Abril.

Resumindo, as diversas alterações legislativas contribuíram para modificar as percepções dos doentes face à transplantação e possivelmente a avaliação que farão da qualidade dos serviços de saúde.

**ANEXO Nº4**

**PERFIL DOS UTENTES**

<b>Perfil dos utentes</b>		
<b>Características</b>	<b>Frequências Absolutas</b>	<b>Frequências Relativas</b>
<b>Género</b>		
Masculino	65	56,5%
Feminino	50	43,5%
<b>Idade</b>		
Até 40 anos (inclusive)	38	33,0%
41 a 60 anos (inclusive)	53	46,1%
Mais de 60 anos	24	20,9%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
3º Ciclo do Ensino Básico	66	57,4%
Ensino Secundário	26	22,6%
Ensino Superior	23	20%
<b>Tempo de Transplante</b>		
Menos de 1 ano	34	29,6%
1 a 5 anos	33	28,7%
Mais de 5 anos	48	41,7%
<b>Número de idas dos utentes ao hospital (UTR), no último ano</b>		
Menos de 10 vezes	75	65,2%
Mais de 10 vezes	40	34,8%

**ANEXO Nº5**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

<b>Caracterização dos profissionais de saúde</b>		
<b>Caracterização</b>	<b>Frequências Absolutas</b>	<b>Frequências Relativas</b>
<b>Classe profissional</b>		
Assistentes Sociais	1	2,2%
Auxiliares de Acção Médica	5	11,1%
Enfermeiros	30	66,7%
Funcionários Administrativos	4	8,9%
Médicos	3	6,7%
Técnicos	2	4,4%
<b>Tempo dedicado pelos profissionais de saúde aos doentes transplantados</b>		
Menos de 30%	12	26,6%
[30% ; 50%[	15	33,3%
[50% ; 70%[	13	28,9%
70% ou mais	5	11,1%
<b>Género</b>		
Masculino	10	22,2%
Feminino	35	77,8%
	<b>Média</b>	<b>Moda</b>
<b>Idade</b>	33,9	26
<b>Número de anos de profissão</b>	10	5
<b>Número de anos de trabalho no HSC</b>	8	3

**ANEXO Nº6**

**QUESTIONÁRIOS**

O questionário que se segue foi aplicado aos doentes transplantados.

**QUESTIONÁRIO DESTINADO A DOENTES** - <http://questionariodoentes.pt.vu/>

O inquérito pretende obter uma **avaliação geral da Unidade de Transplantação Renal**. Agradecemos a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**SE NÃO TEVE CONTACTO COM DETERMINADO PROFISSIONAL DE SAÚDE, A SITUAÇÃO NÃO SE APLICA AO SEU CASO OU NÃO TEM OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO, DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO.**

**Secção A:** Assinale uma das cinco opções ao lado de cada característica. Se **concorda completamente** com a afirmação da questão, **assinale** o número **5**. Se **discorda completamente** assinale **1**. Caso contrário assinale um dos números intermédios.

Considerando os serviços prestados pela Unidade de Transplantação Renal, assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem para si cada item.

1.D) O hospital tem os equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos doentes.	1	2	3	4	5
2.1) As instalações da sala de espera da consulta são adequadas.	1	2	3	4	5
2.2) As instalações da zona de espera do local de realização de análises clínicas são adequadas.	1	2	3	4	5
2.3) As instalações do internamento são adequadas.	1	2	3	4	5
2.4) As instalações da zona de realização de outros meios complementares de diagnóstico são adequadas.	1	2	3	4	5
3) A limpeza das instalações do hospital está de acordo com o tipo de serviço prestado.	1	2	3	4	5

4) O hospital cumpre os horários marcados para a realização dos seus serviços (por ex: consultas, exames, etc)	1	2	3	4	5
5) Os profissionais demonstram interesse em resolver os problemas dos doentes.	1	2	3	4	5
6) No hospital os procedimentos (exames, atendimento em geral) são realizados correctamente logo na primeira vez, sem haver perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de múltiplas deslocações.	1	2	3	4	5
7.1.D) O hospital esforça-se por manter actualizados os dados dos doentes (por ex: telefone, morada, etc).	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

7.2.D) Os doentes esforçam-se por fornecer informações que permitam ao hospital manter os seus dados actualizados.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

8.1) Os enfermeiros atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
8.2) Os funcionários administrativos atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
8.3) Os médicos atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
9.1) Os assistentes sociais esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.2) Os auxiliares de acção médica esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.3) Os enfermeiros esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.4) Os funcionários administrativos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.5) Os médicos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
10) Os doentes são informados sobre o seu estado de saúde e sobre o tratamento a que estão a ser / irão ser submetidos.	1	2	3	4	5
11.1) O tempo de entrevista ou consulta com os enfermeiros é adequado às minhas necessidades.	1	2	3	4	5
11.2) O tempo de consulta com os médicos é adequado às minhas necessidades.	1	2	3	4	5
12.1) Existe facilidade dos doentes em contactar um assistente social da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.2) Existe facilidade dos doentes em contactar um enfermeiro da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.3) Existe facilidade dos doentes em contactar um médico da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5

13.1) O comportamento dos assistentes sociais transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.2) O comportamento dos auxiliares de acção médica transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.3) O comportamento dos enfermeiros transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

13.4) O comportamento dos funcionários administrativos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.5) O comportamento dos médicos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
14.1) Os assistentes sociais são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.2) Os auxiliares de acção médica são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.3) Os enfermeiros são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.4) Os funcionários administrativos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.5) Os médicos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
15.1) Os doentes são educados com os assistentes sociais.	1	2	3	4	5
15.2) Os doentes são educados com os auxiliares de acção médica.	1	2	3	4	5
15.3) Os doentes são educados com os enfermeiros.	1	2	3	4	5
15.4) Os doentes são educados com os funcionários administrativos.	1	2	3	4	5
15.5) Os doentes são educados com os médicos.	1	2	3	4	5
16) Os doentes sentem-se seguros ao utilizar os serviços hospitalares.	1	2	3	4	5

17.1) Os assistentes sociais são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.2) Os auxiliares de acção médica são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.3) Os enfermeiros são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.4) Os funcionários administrativos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.5) Os médicos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
18.1.D) O hospital funciona em horários convenientes para os seus doentes.	1	2	3	4	5

**19.D) De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com os serviços prestados pelo Hospital de Santa Cruz na Unidade de Transplantação Renal?**

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
----------------------	---	---	---	--------------------

**Secção B:**

**20.D) Classifique por nível de importância para a sua saúde as seguintes categorias profissionais. (Diferentes profissionais podem ter a mesma classificação)**

	1- MENOS importante	2	3	4	5 - MAIS importante
Assistente Social					
Auxiliar de Acção Médica (no internamento)					
Enfermeiro					
Funcionário Administrativo					
Médico					
Psicólogo					
Técnico (inclui Técn. Radiologia, Fisioterapia, Laboratório de análises, Nutricionista ...)					

**21.D) Classifique por nível de satisfação (estar satisfeito com) a actuação dos seguintes intervenientes do serviço de saúde. (Intervenientes diferentes podem ter a mesma classificação)**

	1- MENOS importante	2	3	4	5 - MAIS importante
Assistente Social					
Auxiliar de Acção Médica (no internamento)					
Enfermeiro					
Funcionário Administrativo					
Médico					
Psicólogo					
Técnico (inclui Técn. Radiologia, Fisioterapia, Laboratório de análises, Nutricionista ...)					

**22) Utilize o espaço seguinte, se julgar adequado esclarecer algumas das suas respostas anteriores. Por favor indique o número da pergunta a que se refere no seu comentário.**

**Secção C:**

23.D) Sabe que existe uma assistente social na Unidade de Transplantação Renal?

- Sim  Não

24. Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados durante os internamentos.

25. Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados nas consultas externas.

26. Indique o que gostaria de ver melhorado nas condições de atendimento e no funcionamento dos meios complementares de diagnóstico. (Diferencie a sua resposta em análises clínicas e outros meios complementares de diagnóstico)

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

27. Indique o que gostaria de ver melhorado na Unidade de Transplantação Renal e que não tenha sido anteriormente referido.

**Secção D: Nesta secção do questionário, pretende-se que responda não especificamente sobre a Unidade de Transplantação Renal mas sim tendo em conta as situações de saúde no GERAL.**

**Pretendem-se respostas sobre o que considera ser a HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA SUA GLOBALIDADE.**

FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO (considere que HUMANIZAÇÃO É tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades.)

28) É importante os médicos terem formação sobre humanização nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
29) As administrações hospitalares devem incentivar os profissionais de saúde a fazerem formação em humanização.	1	2	3	4	5
30) Apenas médicos e enfermeiros devem ter formação em humanização.	1	2	3	4	5
31) Auxiliares de acção médica, gestores, pessoal administrativo não necessitam de formação em humanização.	1	2	3	4	5

32) A humanização traduz-se também na redução dos tempos de espera.	1	2	3	4	5
33) A humanização traduz-se na compreensão que o médico, enfermeiro ou outro profissional demonstram quando me atendem.	1	2	3	4	5
34) A humanização traduz-se na facilidade de acesso às unidades de saúde.	1	2	3	4	5
35) Humanização é sinónimo de personalização no atendimento.	1	2	3	4	5
36) Em diferentes sectores da saúde, diferentes devem ser as formas de humanização.	1	2	3	4	5
37) Humanizar os cuidados de saúde implica compreensão, paciência, informação, saber esclarecer e ser afectuoso.	1	2	3	4	5

38) Desejo que no futuro haja mais humanização na Medicina.	1	2	3	4	5
39) É preciso que a humanização esteja sempre presente nos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
40) Faz falta um tratamento personalizado nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
41) Os profissionais de saúde estão conscientes da importância da humanização.	1	2	3	4	5

### Secção E: IDENTIFICAÇÃO

42.D) Idade do doente: \_\_\_\_\_

43.D) Género do doente:  Masculino  Feminino



44.D) Grau de Escolaridade do doente:

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo do E. Básico (Ensino Primário)     Licenciatura
- 2º Ciclo do E. Básico (Ensino Preparatório)     Pós-graduação
- 3º Ciclo do E. Básico (9º ano)     Mestrado
- Ensino Secundário (12º ano) / Liceu     Doutoramento

45.D) Profissão / Ocupação do doente:

- Activo. Indique a sua profissão: \_\_\_\_\_
- Desempregado
- Se reformado, é reformado de quê? \_\_\_\_\_
- Doméstica

46.D) Área de residência do doente:

Concelho: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

47.D) Há quanto tempo foi transplantado/a?

- Menos de 6 meses     6 meses a 1 ano (exclusivé)
- 1 ano (inclusive) a 5 anos (inclusive)     Mais de 5 anos

48.D) No último ano, quantas vezes veio ao hospital?

- Menos de 10 vezes     Entre 10 a 20 vezes     Mais de 20 vezes

49.D) Indique o motivo pelo qual está hoje no hospital?

- Consulta     Internamento

50.D) Motivo do último/actual internamento:

- Rotina (vem ao hospital num dia específico para ser internado. Ex: biópsia, etc)
- Inesperado (foi à consulta e teve que ficar internado)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

51.D) Indique o ano em que esteve pela última vez internado: \_\_\_\_\_

52.D) Número de dias de internamento na Unidade de Transplantação Renal: \_\_\_\_\_

(Se esteve internado diversas vezes, considere apenas o último internamento)

**Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração nesta pesquisa!**

**FIM**

O questionário posterior foi aplicado aos profissionais de saúde.

**QUESTIONÁRIO DESTINADO APENAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE -**  
<http://questionarioprofissionais.pt.vu/>

O inquérito pretende obter uma **avaliação geral da Unidade de Transplantação Renal**. Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste inquérito, já que o seu trabalho diário contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta Unidade de Transplantação.

**SE NÃO TEVE CONTACTO COM DETERMINADO PROFISSIONAL DE SAÚDE, A SITUAÇÃO NÃO SE APLICA AO SEU CASO OU NÃO TEM OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO, DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO.**

**Secção A:**

Assinale uma das cinco opções ao lado de cada característica.

Se **concorda completamente** com a afirmação da questão, **assinale** o número **5**. Se **discorda completamente** assinale **1**. Caso contrário assinale um dos números intermédios.

Considerando os serviços prestados pela Unidade de Transplantação Renal, assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem para si cada item, **TENDO EM CONTA A SUA FUNÇÃO NO HOSPITAL.**

1.P) O hospital tem os equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos cuidados a serem prestados.	1	2	3	4	5
2.1) As instalações físicas da sala de espera da consulta são adequadas.	1	2	3	4	5
2.2) As instalações físicas da zona de espera do local de realização de análises clínicas são adequadas.	1	2	3	4	5
2.3) As instalações físicas do internamento são adequadas.	1	2	3	4	5
2.4) As instalações da zona de realização de outros meios complementares de diagnóstico são adequadas.	1	2	3	4	5
3) A limpeza das instalações do hospital está de acordo com o tipo de serviço oferecido.	1	2	3	4	5

4) O hospital cumpre os horários marcados para a realização dos seus serviços (por ex: consultas, exames, etc)	1	2	3	4	5
5) Os profissionais demonstram interesse em resolver os problemas dos doentes.	1	2	3	4	5
6) No hospital os procedimentos (exames, atendimento em geral) são realizados correctamente logo na primeira vez, sem haver perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de múltiplas deslocações.	1	2	3	4	5
7.1.P) O hospital esforça-se por manter actualizados os dados dos doentes (por ex: telefone, morada, etc).	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

8.1) Os enfermeiros atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
8.2) Os funcionários administrativos atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
8.3) Os médicos atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
9.1) Os assistentes sociais esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.2) Os auxiliares de acção médica esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.3) Os enfermeiros esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.4) Os funcionários administrativos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.5) Os médicos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
10) Os doentes são informados sobre o seu estado de saúde e sobre o tratamento a que estão a ser / irão ser submetidos.	1	2	3	4	5
11.1) O tempo de entrevista ou consulta dos doentes com os enfermeiros é adequado às necessidades dos doentes.	1	2	3	4	5
11.2) O tempo de consulta dos doentes com os médicos é adequado às necessidades dos doentes.	1	2	3	4	5
12.1) Existe facilidade dos doentes em contactar um assistente social da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.2) Existe facilidade dos doentes em contactar um enfermeiro da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.3) Existe facilidade dos doentes em contactar um médico da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5

13.1) O comportamento dos assistentes sociais transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.2) O comportamento dos auxiliares de acção médica transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.3) O comportamento dos enfermeiros transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.4) O comportamento dos funcionários administrativos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.5) O comportamento dos médicos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
14.1) Os assistentes sociais são educados com os doentes.	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

14.2) Os auxiliares de acção médica são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.3) Os enfermeiros são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.4) Os funcionários administrativos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.5) Os médicos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
15.1) Os doentes são educados com os assistentes sociais.	1	2	3	4	5
15.2) Os doentes são educados com os auxiliares de acção médica.	1	2	3	4	5
15.3) Os doentes são educados com os enfermeiros.	1	2	3	4	5
15.4) Os doentes são educados com os funcionários administrativos.	1	2	3	4	5
15.5) Os doentes são educados com os médicos.	1	2	3	4	5
16) Os doentes sentem-se seguros ao utilizar os serviços hospitalares.	1	2	3	4	5

17.1) Os assistentes sociais são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.2) Os auxiliares de acção médica são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.3) Os enfermeiros são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.4) Os funcionários administrativos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.5) Os médicos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
18.1.P) O hospital funciona em horários convenientes para os seus doentes.	1	2	3	4	5
18.2.P) Os diferentes sectores funcionam em horários compatíveis para garantir a eficácia dos cuidados prestados.	1	2	3	4	5

**19.P. De uma forma geral, qual considera ser o nível de satisfação dos doentes com os serviços prestados pelo Hospital de Santa Cruz na Unidade de Transplantação Renal?**

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
----------------------	---	---	---	--------------------

20.1.P) A adesão do doente à medicação depende da escolaridade do doente.	1	2	3	4	5
20.2.P) A adesão do doente à medicação depende da informação transmitida pelos assistentes sociais.	1	2	3	4	5
20.3.P) A adesão do doente à medicação depende da informação transmitida pelos enfermeiros.	1	2	3	4	5
20.4.P) A adesão do doente à medicação depende da informação transmitida pelos médicos.	1	2	3	4	5
20.5.P) A adesão do doente à medicação depende da qualidade da relação doente-profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
20.6.P) A adesão do doente à medicação depende da cultura do doente.	1	2	3	4	5

**21. Utilize o espaço seguinte, se julgar adequado esclarecer algumas das suas respostas anteriores. Por favor indique o número da pergunta a que se refere no seu comentário.**

**Secção B:**

22.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados durante os internamentos.

23.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados nas consultas externas.

24.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nas condições de atendimento e no funcionamento dos meios complementares de diagnóstico. (diferencie a sua resposta em análises clínicas e outros meios complementares de diagnóstico, por favor)

25.P) Indique o que gostaria de ver melhorado na Unidade de Transplantação Renal e que não tenha sido referido anteriormente.

**Secção C: Nesta secção do questionário, pretende-se que responda não especificamente sobre a Unidade de Transplantação Renal mas sim tendo em conta as situações de saúde no GERAL.**

**Pretendem-se respostas sobre o que considera ser a HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA SUA GLOBALIDADE.**

FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO (considere que **HUMANIZAÇÃO É** tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades)

26) É importante os médicos terem formação sobre humanização nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
27) As administrações hospitalares devem incentivar os profissionais de saúde a fazerem formação em humanização.	1	2	3	4	5
28) Apenas médicos e enfermeiros devem ter formação na área da humanização.	1	2	3	4	5
29) Auxiliares de acção médica, gestores, pessoal administrativo não necessitam de formação em humanização.	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

30) A humanização traduz-se também na redução do tempo de espera.	1	2	3	4	5
31) A humanização traduz-se na compreensão que o médico, enfermeiro ou outro profissional demonstram quando atendem os utentes.	1	2	3	4	5
32) A humanização traduz-se na facilidade de acesso às unidades de saúde.	1	2	3	4	5
33) Humanização é sinónimo de personalização no atendimento.	1	2	3	4	5
34) Em diferentes sectores da saúde, diferentes devem ser as formas de humanização.	1	2	3	4	5
35) Humanizar os cuidados de saúde implica compreensão, paciência, informação, saber esclarecer e ser afectuoso.	1	2	3	4	5

36) Desejo que no futuro haja mais humanização na Medicina.	1	2	3	4	5
37) É preciso que a humanização esteja sempre presente nos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
38) Faz falta um tratamento personalizado nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
39) Os profissionais de saúde estão conscientes da importância da humanização.	1	2	3	4	5

### Secção D:

#### 40.P) IDENTIFICAÇÃO

- Assistente Social                       Auxiliar de Acção Médica                       Enfermeiro  
 Funcionário Administrativo    Médico                       Psicólogo                       Técnico  
 Outros: \_\_\_\_\_

41.P) Idade: \_\_\_\_\_

42.P) Género:     Masculino                       Feminino

43.P) Número de anos de profissão: \_\_\_\_\_

44.P) Há quantos anos trabalha neste hospital? \_\_\_\_\_

45.P) Qual a percentagem de tempo da sua actividade profissional que dedica aos transplantados?

- Menos de 30%     30% (inclusive) – 50% (exclusive)  
 50% (inclusive) – 70% (exclusive)     Mais de 70% (inclusive)

**Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração nesta pesquisa!**

**FIM**

O questionário seguinte, destinado aos utentes, é o que se aconselha aplicar em próximos estudos. No entanto, é preciso notar que a dimensão humanização global não foi testada com esta nova construção frásica. A forma como os itens se encontram escritos é determinante para o sucesso da avaliação da dimensão.

**QUESTIONÁRIO DESTINADO A DOENTES**

O inquérito pretende obter uma **avaliação geral da Unidade de Transplantação Renal**. Agradecemos a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**SE NÃO TEVE CONTACTO COM DETERMINADO PROFISSIONAL DE SAÚDE, A SITUAÇÃO NÃO SE APLICA AO SEU CASO OU NÃO TEM OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO, DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO.**

**Secção A:** Assinale uma das cinco opções ao lado de cada característica.

Se **concorda completamente** com a afirmação da questão, **assinale** o número **5**. Se **discorda completamente** assinale **1**. Caso contrário assinale um dos números intermédios.

Considerando os serviços prestados pela Unidade de Transplantação Renal, assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem para si cada item.

1.D) O hospital tem os equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos doentes.	1	2	3	4	5
2.1) As instalações da sala de espera da consulta são adequadas.	1	2	3	4	5
2.2) As instalações da zona de espera do local de realização de análises clínicas são adequadas.	1	2	3	4	5
2.3) As instalações do internamento são adequadas.	1	2	3	4	5
2.4) As instalações da zona de realização de outros meios complementares de diagnóstico são adequadas.	1	2	3	4	5
3) A limpeza das instalações do hospital está de acordo com o tipo de serviço prestado.	1	2	3	4	5
4) O hospital cumpre os horários marcados para a realização dos seus serviços (por ex: consultas, exames, etc)	1	2	3	4	5
5) Os profissionais demonstram interesse em resolver os problemas dos doentes.	1	2	3	4	5
6) No hospital os procedimentos (exames, atendimento em geral) são realizados correctamente logo na primeira vez, sem haver perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de múltiplas deslocações.	1	2	3	4	5
7.1.D) O hospital esforça-se por manter actualizados os dados dos doentes (por ex: telefone, morada, etc).	1	2	3	4	5
8.1) Os enfermeiros atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
8.2) Os funcionários administrativos atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
8.3) Os médicos atendem os doentes após um tempo de espera que considero aceitável.	1	2	3	4	5
9.2) Os auxiliares de acção médica esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5



## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

9.3) Os enfermeiros esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.4) Os funcionários administrativos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.5) Os médicos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
10) Os doentes são informados sobre o seu estado de saúde e sobre o tratamento a que estão a ser / irão ser submetidos.	1	2	3	4	5
12.2) Existe facilidade dos doentes em contactar um enfermeiro da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.3) Existe facilidade dos doentes em contactar um médico da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5

13.2) O comportamento dos auxiliares de acção médica transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.3) O comportamento dos enfermeiros transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.4) O comportamento dos funcionários administrativos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.5) O comportamento dos médicos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
14.2) Os auxiliares de acção médica são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.3) Os enfermeiros são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.4) Os funcionários administrativos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.5) Os médicos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5

17.1) Os assistentes sociais são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.2) Os auxiliares de acção médica são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.3) Os enfermeiros são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.4) Os funcionários administrativos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.5) Os médicos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
18.1.D) O hospital funciona em horários convenientes para os seus doentes.	1	2	3	4	5

**19.D) De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com os serviços prestados pelo Hospital de Santa Cruz na Unidade de Transplantação Renal?**

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
----------------------	---	---	---	--------------------

**21.D) Classifique por nível de satisfação (estar satisfeito com) a actuação dos seguintes intervenientes do serviço de saúde. (Intervenientes diferentes podem ter a mesma classificação)**

	1– MENOS satisfeito	2	3	4	5– MAIS satisfeito
Assistente Social					
Auxiliar de Acção Médica (no internamento)					
Enfermeiro					
Funcionário Administrativo					
Médico					
Técnico (inclui Técn. Radiologia, Fisioterapia, Laboratório de análises, Nutricionista ...)					

**22) Utilize o espaço seguinte, se julgar adequado esclarecer algumas das suas respostas anteriores. Por favor indique o número da pergunta a que se refere no seu comentário.**

**Secção C:**

24. Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados durante os internamentos.
25. Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados nas consultas externas.
26. Indique o que gostaria de ver melhorado nas condições de atendimento e no funcionamento dos meios complementares de diagnóstico. (Diferencie a sua resposta em análises clínicas e outros meios complementares de diagnóstico)
27. Indique o que gostaria de ver melhorado na Unidade de Transplantação Renal e que não tenha sido anteriormente referido.

**Secção D: Nesta secção do questionário, pretende-se que responda não especificamente sobre a Unidade de Transplantação Renal mas sim tendo em conta as situações de saúde no GERAL.**

**Pretendem-se respostas sobre o que considera ser a HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA SUA GLOBALIDADE.**

Considere que HUMANIZAÇÃO É tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades.

**FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO**

28) Os médicos têm formação sobre humanização nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
29) As administrações hospitalares incentivam os profissionais de saúde a fazerem formação em humanização.	1	2	3	4	5

**DE ACORDO COM O CONCEITO INDICADO, EM QUE SE TRADUZ A HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE?**

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

32) A humanização traduz-se também na redução do tempo de espera.	1	2	3	4	5
33) A humanização traduz-se na compreensão os profissionais de saúde demonstram quando atendem os utentes.	1	2	3	4	5
34) A humanização implica facilidade de acesso às unidades de saúde.	1	2	3	4	5
35) Humanização é sinónimo de personalização no atendimento.	1	2	3	4	5
36) Para diferentes sectores da saúde, as formas de humanização devem ser adaptadas.	1	2	3	4	5
37) Humanizar os cuidados de saúde implica compreensão, paciência, informação, saber esclarecer e ser afectuoso.	1	2	3	4	5

### QUE FUTURO PARA A MEDICINA?

38) Desejo que no futuro haja mais humanização na Medicina.	1	2	3	4	5
39) É preciso que a humanização esteja sempre presente nos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
40) Faz falta um tratamento personalizado nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
41) Os profissionais de saúde estão conscientes da importância da humanização.	1	2	3	4	5

### Secção E: IDENTIFICAÇÃO

42.D) Idade do doente: \_\_\_\_\_

43.D) Sexo do doente:  Masculino  Feminino

44.D) Grau de Escolaridade do doente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo do E. Básico (Ensino Primário)     | <input type="checkbox"/> Licenciatura  |
| <input type="checkbox"/> 2º Ciclo do E. Básico (Ensino Preparatório) | <input type="checkbox"/> Pós-graduação |
| <input type="checkbox"/> 3º Ciclo do E. Básico (9º ano)              | <input type="checkbox"/> Mestrado      |
| <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º ano) / Liceu         | <input type="checkbox"/> Doutoramento  |

47.D) Há quanto tempo foi transplantado/a?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses                       | <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano (exclusivê) |
| <input type="checkbox"/> 1 ano (inclusivê) a 5 anos (inclusivê) | <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos              |

48.D) No último ano, quantas vezes veio ao hospital?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10 vezes | <input type="checkbox"/> Entre 10 a 20 vezes | <input type="checkbox"/> Mais de 20 vezes |
|--|--|---|

**Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração nesta pesquisa!**

**FIM**

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

O questionário seguinte, destinado aos profissionais de saúde, é o que se aconselha para ser aplicado em estudos posteriores. No entanto, a construção frásica da dimensão humanização global não foi ainda testada. Assim, deve ter-se em conta que a forma como os itens das dimensões se encontram escritos é determinante para o sucesso da avaliação das mesmas.

### **QUESTIONÁRIO DESTINADO APENAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

O inquérito pretende obter uma **avaliação geral da Unidade de Transplantação Renal**. Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste inquérito, já que o seu trabalho diário contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta Unidade de Transplantação.

**SE NÃO TEVE CONTACTO COM DETERMINADO PROFISSIONAL DE SAÚDE, A SITUAÇÃO NÃO SE APLICA AO SEU CASO OU NÃO TEM OPINIÃO SOBRE O ASSUNTO, DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO.**

#### **Secção A:**

Assinale uma das cinco opções ao lado de cada característica.

Se **concorda completamente** com a afirmação da questão, **assinale** o número **5**. Se **discorda completamente** assinale **1**. Caso contrário assinale um dos números intermédios.

Considerando os serviços prestados pela Unidade de Transplantação Renal, assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem para si cada item, **TENDO EM CONTA A SUA FUNÇÃO NO HOSPITAL.**

1.P) O hospital tem os equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos cuidados a serem prestados.	1	2	3	4	5
2.1) As instalações físicas da sala de espera da consulta são adequadas.	1	2	3	4	5
2.2) As instalações físicas da zona de espera do local de realização de análises clínicas são adequadas.	1	2	3	4	5
2.3) As instalações físicas do internamento são adequadas.	1	2	3	4	5
2.4) As instalações da zona de realização de outros meios complementares de diagnóstico são adequadas.	1	2	3	4	5
3) A limpeza das instalações do hospital está de acordo com o tipo de serviço oferecido.	1	2	3	4	5

4) O hospital cumpre os horários marcados para a realização dos seus serviços (por ex: consultas, exames, etc)	1	2	3	4	5
5) Os profissionais demonstram interesse em resolver os problemas dos doentes.	1	2	3	4	5
6) No hospital os procedimentos (exames, atendimento em geral) são realizados correctamente logo na primeira vez, sem haver perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de múltiplas deslocações.	1	2	3	4	5
7.1.P) O hospital esforça-se por manter actualizados os dados dos doentes (por ex: telefone, morada, etc).	1	2	3	4	5

8.1) Os enfermeiros atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
8.2) Os funcionários administrativos atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
8.3) Os médicos atendem os doentes após um tempo de espera que estes consideram aceitável.	1	2	3	4	5
9.2) Os auxiliares de acção médica esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

9.3) Os enfermeiros esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.4) Os funcionários administrativos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
9.5) Os médicos esforçam-se por responder com prontidão às solicitações dos doentes.	1	2	3	4	5
10) Os doentes são informados sobre o seu estado de saúde e sobre o tratamento a que estão a ser / irão ser submetidos.	1	2	3	4	5
12.2) Existe facilidade dos doentes em contactar um enfermeiro da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5
12.3) Existe facilidade dos doentes em contactar um médico da Unidade de Transplantação Renal.	1	2	3	4	5

13.2) O comportamento dos auxiliares de acção médica transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.3) O comportamento dos enfermeiros transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.4) O comportamento dos funcionários administrativos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
13.5) O comportamento dos médicos transmite confiança aos doentes.	1	2	3	4	5
14.2) Os auxiliares de acção médica são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.3) Os enfermeiros são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.4) Os funcionários administrativos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5
14.5) Os médicos são educados com os doentes.	1	2	3	4	5

17.1) Os assistentes sociais são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.2) Os auxiliares de acção médica são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.3) Os enfermeiros são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.4) Os funcionários administrativos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
17.5) Os médicos são compreensivos perante as dificuldades/fragilidades dos doentes e esforçam-se por lhes dar atenção pessoal.	1	2	3	4	5
18.1.P) O hospital funciona em horários convenientes para os seus doentes.	1	2	3	4	5
18.2.P) Os diferentes sectores funcionam em horários compatíveis para garantir a eficácia dos cuidados prestados.	1	2	3	4	5

**19.P. De uma forma geral, qual considera ser o nível de satisfação dos doentes com os serviços prestados pelo Hospital de Santa Cruz na Unidade de Transplantação Renal?**

1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
----------------------	---	---	---	--------------------

**21. Utilize o espaço seguinte, se julgar adequado esclarecer algumas das suas respostas anteriores. Por favor indique o número da pergunta a que se refere no seu comentário.**

**Secção B:**

22.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados durante os internamentos.

23.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nos cuidados prestados nas consultas externas.

24.P) Indique o que gostaria de ver melhorado nas condições de atendimento e no funcionamento dos meios complementares de diagnóstico. (diferencie a sua resposta em análises clínicas e outros meios complementares de diagnóstico, por favor)

25.P) Indique o que gostaria de ver melhorado na Unidade de Transplantação Renal e que não tenha sido referido anteriormente.

**Secção C: Nesta secção do questionário, pretende-se que responda não especificamente sobre a Unidade de Transplantação Renal mas sim tendo em conta as situações de saúde no GERAL. Pretendem-se respostas sobre o que considera ser a HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA SUA GLOBALIDADE.**

Considere que HUMANIZAÇÃO É tornar os cuidados de saúde mais adaptados a cada pessoa, melhor respondendo às suas necessidades

**FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO:**

26) Os médicos têm formação sobre humanização nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
27) As administrações hospitalares incentivam os profissionais de saúde a fazerem formação em humanização.	1	2	3	4	5

**DE ACORDO COM O CONCEITO INDICADO, EM QUE SE TRADUZ A HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE?**

30) A humanização traduz-se também na redução do tempo de espera.	1	2	3	4	5
31) A humanização traduz-se na compreensão os profissionais de saúde demonstram quando atendem os utentes.	1	2	3	4	5
32) A humanização implica facilidade de acesso às unidades de saúde.	1	2	3	4	5
33) Humanização é sinónimo de personalização no atendimento.	1	2	3	4	5
34) Para diferentes sectores da saúde, as formas de humanização devem ser adaptadas.	1	2	3	4	5
35) Humanizar os cuidados de saúde implica compreensão, paciência, informação, saber esclarecer e ser afectuoso.	1	2	3	4	5

**QUE FUTURO PARA A MEDICINA?**

36) Desejo que no futuro haja mais humanização na Medicina.	1	2	3	4	5
37) É preciso que a humanização esteja sempre presente nos serviços de saúde.	1	2	3	4	5
38) Faz falta um tratamento personalizado nos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
39) Os profissionais de saúde estão conscientes da importância da humanização.	1	2	3	4	5

**Secção D:**

**40.P) IDENTIFICAÇÃO**

- Assistente Social                       Auxiliar de Acção Médica                       Enfermeiro  
 Funcionário Administrativo    Médico                       Psicólogo                       Técnico  
 Outros: \_\_\_\_\_

41.P) Idade: \_\_\_\_\_

42.P) Sexo:     Masculino                       Feminino

43.P) Número de anos de profissão: \_\_\_\_\_

44.P) Há quantos anos trabalha neste hospital? \_\_\_\_\_

45.P) Qual a percentagem de tempo da sua actividade profissional que dedica aos transplantados?

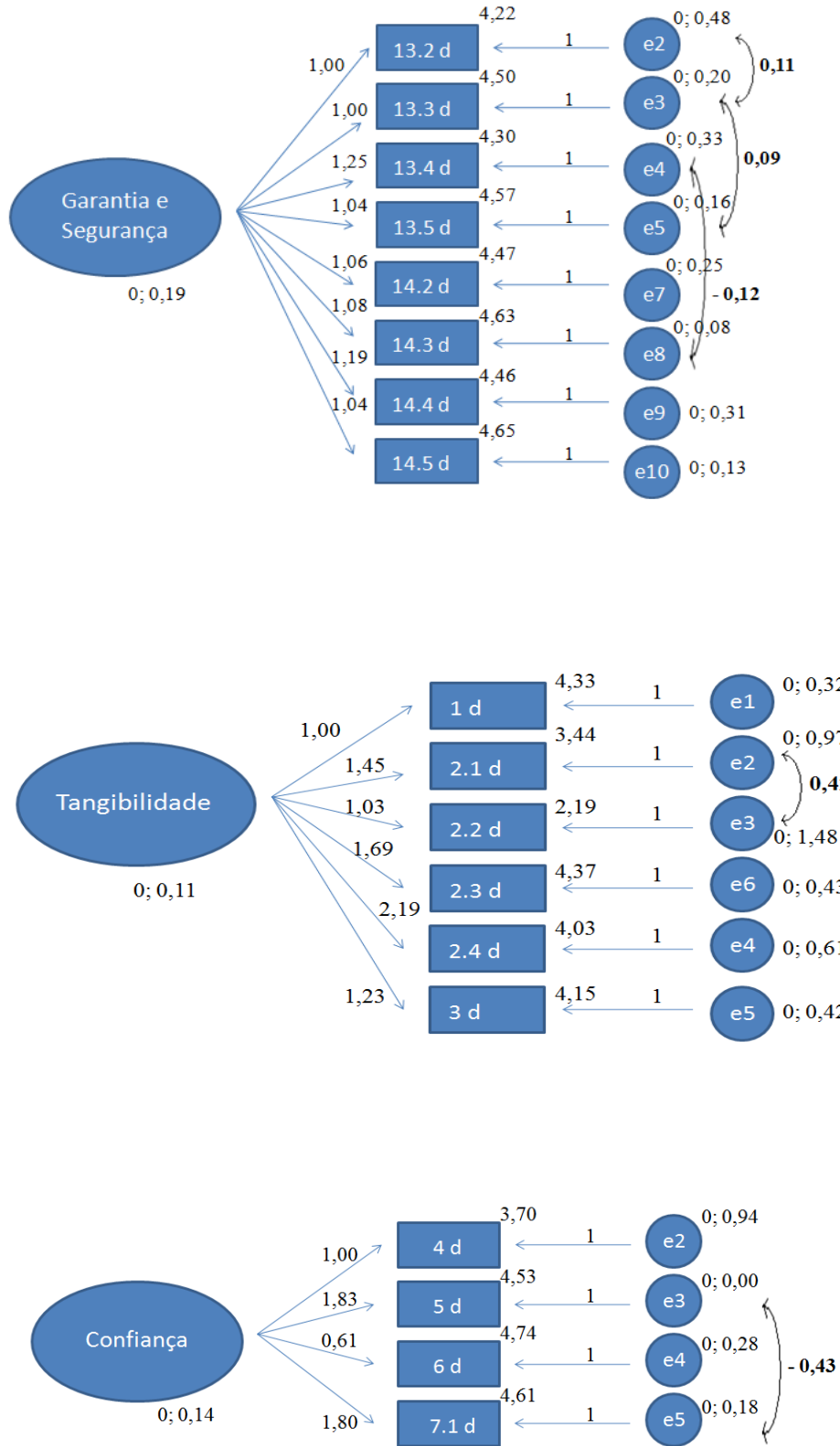
- Menos de 30%     30% (inclusive) – 50% (exclusive)  
 50% (inclusive) – 70% (exclusive)                       Mais de 70% (inclusive)

**Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração nesta pesquisa!**

**FIM**

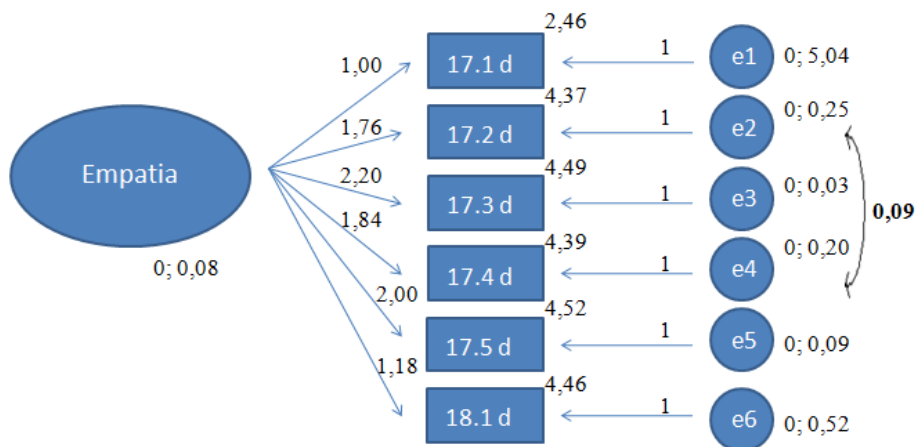
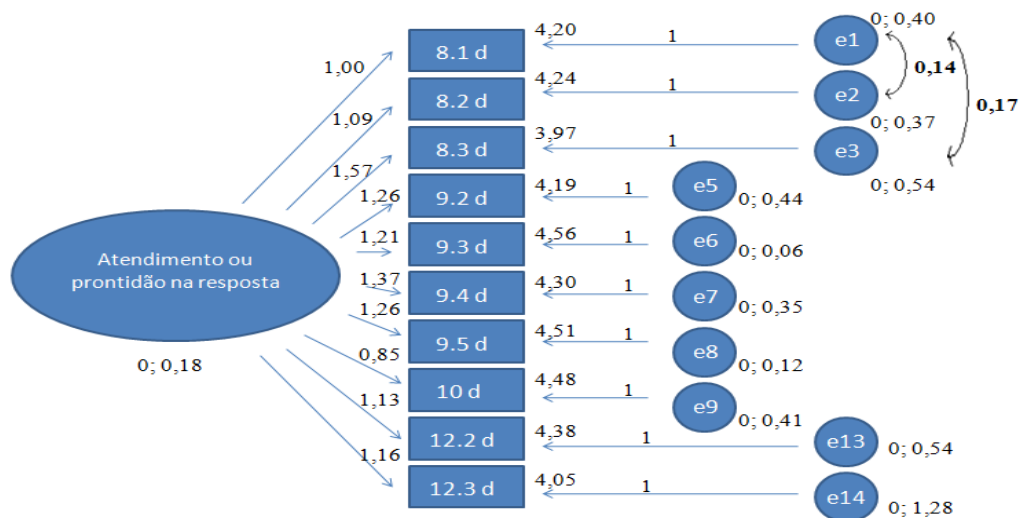
**ANEXO Nº7**

**MODELO DE MENSURAÇÃO DA ESCALA SERVPERF**

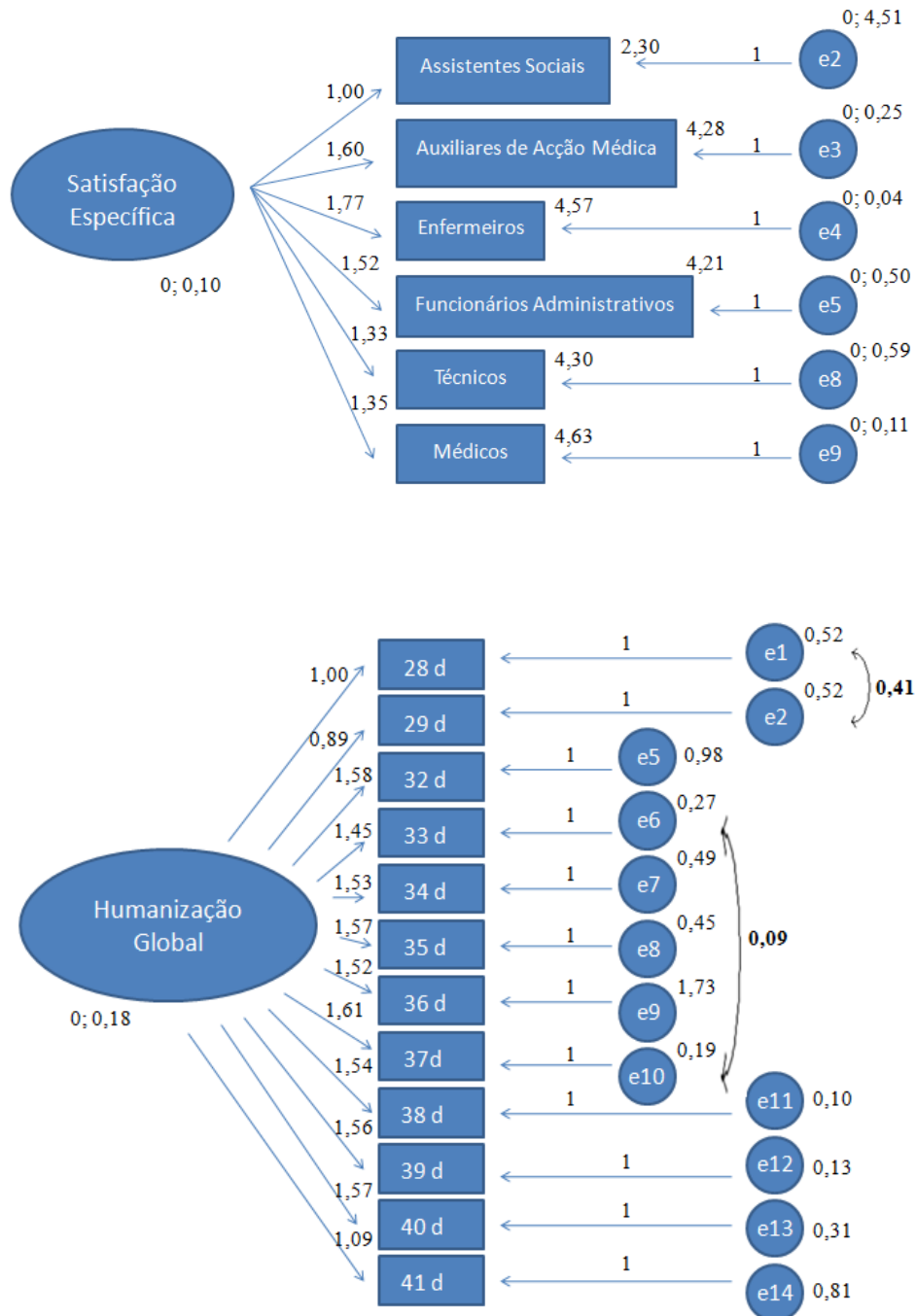




**ANEXO N°7 - CONTINUAÇÃO**  
**MODELO DE MENSURAÇÃO DA ESCALA SERVPERF**



**ANEXO N.º7 – CONTINUAÇÃO**  
**MODELO DE MENSURAÇÃO DA ESCALA SERVPERF**



**ANEXO Nº8**

**RELAÇÃO DA SATISFAÇÃO GLOBAL DOS UTENTES COM O GÉNERO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE**

**ANOVA – Relação entre a satisfação global dos utentes e o género dos mesmos**

		Graus de liberdade	F	Sig.
Género do doente	Entre Grupos	1	0,159	0,691
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		

**ANOVA – Relação entre a satisfação global dos utentes e o nível de escolaridade dos mesmos**

		Graus de liberdade	F	Sig.
Nível de escolaridade do doente	Entre Grupos	2	1,233	0,295
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		

**ANEXO Nº9**

**IDADE DOS UTENTES**

**ANOVA**

		Graus de liberdade	F	Sig.
CONFIANÇA	Entre Grupos	2	0,987	0,376
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
TANGIBILIDADE	Entre Grupos	2	0,595	0,553
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Entre Grupos	2	0,325	0,723
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
GARANTIA E SEGURANÇA	Entre Grupos	2	0,577	0,564
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
EMPATIA	Entre Grupos	2	0,368	0,693
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Entre Grupos	2	0,228	0,797
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Entre Grupos	2	1,701	0,187
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		

**ANEXO Nº10**

**GÉNERO DOS UTENTES**

**ANOVA**

		Graus de liberdade	F	Sig.
CONFIANÇA	Entre Grupos	1	0,023	0,879
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
TANGIBILIDADE	Entre Grupos	1	0,012	0,913
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Entre Grupos	1	0,030	0,862
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
GARANTIA E SEGURANÇA	Entre Grupos	1	0,686	0,409
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
EMPATIA	Entre Grupos	1	0,081	0,777
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Entre Grupos	1	0,219	0,641
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Entre Grupos	1	1,694	0,196
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		

**ANEXO Nº11**

**NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS UTENTES**

**ANOVA**

		Graus de liberdade	F	Sig.
CONFIANÇA	Entre Grupos	2	3,545	0,032
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
TANGIBILIDADE	Entre Grupos	2	2,620	0,077
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Entre Grupos	2	2,623	0,077
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
GARANTIA E SEGURANÇA	Entre Grupos	2	2,727	0,070
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
EMPATIA	Entre Grupos	2	6,143	0,003
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Entre Grupos	2	1,901	0,154
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Entre Grupos	2	0,244	0,784
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		

**ANEXO Nº12**

**TEMPO DE TRANSPLANTE DOS UTENTES**

**ANOVA**

		Graus de liberdade	F	Sig.
CONFIANÇA	Entre Grupos	2	0,572	0,566
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
TANGIBILIDADE	Entre Grupos	2	1,268	0,285
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Entre Grupos	2	0,434	0,649
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
GARANTIA E SEGURANÇA	Entre Grupos	2	0,126	0,881
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
EMPATIA	Entre Grupos	2	0,199	0,820
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Entre Grupos	2	0,638	0,530
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Entre Grupos	2	0,260	0,772
	Dentro do Grupo	112		
	Total	114		

**ANEXO Nº13**

**NÚMERO DE IDAS DOS UTENTES AO HOSPITAL (UTR)  
NO ÚLTIMO ANO**

<b>ANOVA</b>				
		Graus de liberdade	F	Sig.
CONFIANÇA	Entre Grupos	1	0,173	0,678
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
TANGIBILIDADE	Entre Grupos	1	0,035	0,852
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
ATENDIMENTO OU PRONTIDÃO NA RESPOSTA	Entre Grupos	1	1,652	0,201
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
GARANTIA E SEGURANÇA	Entre Grupos	1	2,609	0,109
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
EMPATIA	Entre Grupos	1	5,651	0,019
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
SATISFAÇÃO ESPECÍFICA	Entre Grupos	1	0,703	0,404
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		
HUMANIZAÇÃO GLOBAL	Entre Grupos	1	0,066	0,798
	Dentro do Grupo	113		
	Total	114		



**ANEXO Nº14**

**DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS**

*Informação:* Refere-se à necessidade que o doente tem de saber mais sobre a sua situação clínica, qual o processo de tratamento, evolução esperada; dificuldade em contactar os profissionais de saúde para obter esclarecimentos. Ex: Doente necessita de contactar com um assistente social e não o consegue fazer facilmente uma vez que não há um gabinete para este fim; doente necessita de contactar um médico e tem que contactar um enfermeiro que posteriormente falará com o médico e transmitirá as ordens do médico ao doente, uma vez que nem todos os doentes têm forma de contactar directamente o médico.

*Privacidade:* Refere-se à necessidade que o doente tem de ter o seu próprio espaço, de não se sentir constrangido na presença de outrem. Ex: Separar doentes internados pelo género (os quartos não deviam ser mistos); não haver mistura de doentes transplantados com doentes com outro tipo de patologias; isolamento dos transplantados ser respeitado (deviam estar isolados mas como não havia quartos suficientes, deixam de estar isolados).

*Apoio Psicológico:* Refere-se aos utentes que estão fragilizados psicologicamente. Não só pela sua situação clínica, mas também porque têm os seus familiares longe e necessitam de mais apoio. O psicólogo é contratado em *part-time* não tendo disponibilidade para apoiar todos os utentes que necessitam. Ex: os doentes querem mais atenção da parte dos profissionais de saúde, uma palavra amiga, apoio moral; tentam estabelecer uma melhor relação pessoal com os profissionais.

*Higiene:* Refere-se à limpeza das instalações. Ex: limpeza dos quartos, das casas de banho; cuidado do pessoal da limpeza em usar máscara no quarto dos transplantados (quer estejam isolados quer não) e cuidado com os produtos de higiene que utilizam. Refere-se ainda à falta de arejamento da sala de espera (que não tem janelas) e à divisão que deveria ocorrer nas casas de banho de modo a transplantados e não transplantados ou homens e mulheres terem o seu próprio espaço.

*Falta de MCD:* Refere-se à necessidade que os utentes têm de realizar exames complementares de diagnóstico. Ex: Os utentes têm que se deslocar a outros hospitais para a realização dos referidos exames ou, quando é possível realizá-los no HSC, ficam demasiado tempo à espera. Este é um facto que os utentes não compreendem porque estando internados deveriam ter maior facilidade de acesso aos MCD.

*Instalações:* Referem-se a todas as estruturas físicas. Ex: Instalações do internamento inadequadas para quem tem problemas de mobilidade; casas de banho não estão adaptadas e são em número reduzido; casas de banho partilhadas por utentes de quartos diferentes; devia haver maior número de quartos; novas loiças de casa de banho. Na consulta externa, as instalações são pequenas, com cadeiras desconfortáveis; a sala de espera é um corredor; não há uma sala de espera específica para

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

doentes transplantados; não há número de casas de banho suficientes; não há espaço físico para doentes com problemas de mobilidade (ex: cadeira de rodas); devia haver maior número de gabinetes médicos e de enfermagem.

*Recursos Humanos:* Comportamento e ações dos recursos humanos podem contribuir para alterar a percepção que os utentes têm sobre os cuidados prestados. Ex: médicos não são humildes; auxiliares não levam as refeições a horas; consegue visitar familiar internado fora de horas. Refere-se também à quantidade de recursos humanos existente. Ex: falta de médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, etc.

*Atendimento ou Tempo de Espera:* Refere-se ao modo como os utentes são tratados no atendimento e ao tempo que têm que esperar pelas consultas. Ex: Médicos ou enfermeiros demoram a chamar o doente para a consulta; demora no atendimento.

*Tempo de espera/horários:* maior cumprimento do horário das consultas; diminuição do tempo de espera.

*Método de Funcionamento:* Refere-se ao sistema de senhas em uso nas análises clínicas. Ex: o sistema de senhas não é prático, não é claro e os utentes não o compreendem, gerando-se alguns mal entendidos. Não há informação exposta que explique como o sistema de senhas funciona.

*Temperatura:* Refere-se à temperatura muito quente/fria que se verifica nas salas de espera das análises clínicas. Ex: salas de espera com temperaturas ou muito quentes, ou frias; correntes de ar; temperatura inconstante (o que prejudica doentes transplantados).

*Junção dos 3 hospitais no CHLO prejudicou o HSC:* Os utentes consideram que antes da formação do CHLO o HSC funcionava melhor porque tinha mais autonomia.

*Preferiam ter sempre o mesmo médico porque consideram não haver troca de informação entre os médicos da UTR:* Os utentes consideram benéfico transitar de um sistema em que todos os médicos consultam todos os doentes, para uma situação em que cada doente tem apenas um médico. Consideram que dessa forma não haveria perda de informação. Por exemplo: O doente pede um relatório para entregar na junta médica, numa dada consulta. Na seguinte, não tem ainda o relatório porque o médico a quem o pediu, não é o mesmo que o está a consultar, não tendo transmitido essa necessidade do doente ao colega.

*Acesso à UTR não tem identificação (não está sinalizado):* Um utente que tenha que se deslocar à UTR não o consegue fazer de forma autónoma. O hospital não possui placas de sinalização a indicar o percurso a fazer. Porém, para outras especialidades essa sinalização existe.

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

*Transitar da consulta de Transplantação Renal para a consulta de Nefrologia:* Estes utentes consideram que a consulta de Transplantação Renal está sobrelotada. Como tal, sugerem que parte dos utentes sejam transferidos para a consulta de Nefrologia. De acordo com os utentes, os médicos que trabalham na consulta de Transplantação Renal são os mesmos que efectuem a consulta de Nefrologia. Assim, os doentes seriam encaminhados para uma consulta ou outra consoante o tempo de transplante. Foi sugerido que utentes com mais de 5 anos de transplante (que já passaram o período crítico de rejeição) fossem acompanhados na consulta de Nefrologia, enquanto os restantes permaneceriam na consulta de Transplantação Renal.

*Serviço de SMS que alerta para o dia da consulta:* De forma semelhante ao que acontece em consultas noutros hospitais, os utentes referem que gostariam de receber SMS - Short Message Service (Serviço de Mensagens escritas Curtas) a confirmar a data e hora das consultas ou a desmarcá-las.

*Inter-ajuda das várias classes profissionais:* Alguns profissionais consideram que deveria existir uma maior inter-ajuda entre as diversas classes profissionais, no sentido de melhorar a qualidade de vida do doente. Por exemplo: se um doente necessita de ir efectuar um exame complementar de diagnóstico no hospital e não há auxiliares de acção médica disponíveis, um enfermeiro que tenha disponibilidade para o fazer, poderia substituí-los. No entanto, de acordo com os profissionais de saúde, esta situação não se verifica.

*Equipamentos:* Referem-se aos utensílios utilizados no dia-a-dia no internamento da UTR. Ex: termómetros, aparelhos medidores de glicémia, esfigmomanómetros (aparelho que mede a frequência cardíaca e a tensão arterial); necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e não haver no internamento equipamento adequado.

*Tempo de espera/horários:* Ver Atendimento ou Tempo de Espera.

*Tempo de consulta adequado a cada doente:* Os próprios profissionais de saúde admitem que o tempo de consulta, seja de enfermagem ou médico, não é adequado às necessidades de cada doente. Identificam esta falha grave na melhoria das consultas externas e gostariam de a ver melhorada.

*Gestão do stress de todos os profissionais e doentes:* Os profissionais de saúde sentem-se sob stress e consideram adequado arranjar alternativas para controlá-lo. No entanto, julgam que os utentes também deveriam ser sujeitos a esses processos de controlo de stress. Desta forma, não só os utentes ficariam mais calmos, como também os profissionais acusariam menos stress, contribuindo para uma maior harmonia na consulta externa.

*Prolongamento do horário das colheitas:* Os profissionais de saúde consideram que o horário das análises clínicas é reduzido e sugerem que seja aumentado.

## Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde: a importância da humanização

*Imagiologia poder realizar maior diversidade de exames:* Os utentes poderem realizar TAC, Ressonância Magnética e outros exames no HSC.

*Diminuição do tempo de marcação de exames:* Os profissionais de saúde têm consciência que entre o pedido de realização do exame até que o doente efectivamente o faça, medeia um espaço de tempo demasiado vasto.

*Horário de funcionamento igual em todos os serviços de MCD:* Os profissionais de saúde consideram que não há coordenação entre os horários de funcionamento de grande parte dos MCD, o que prejudica os utentes.

*Menor tempo de espera quando se recorre à UTR de forma não programada:* Os profissionais de saúde consideram que quando os utentes se dirigem de forma inesperada à UTR, esperam demasiado tempo para obter qualquer informação.

*Serviço clínico é prestado 24/24 horas, por isso, o serviço administrativo devia funcionar, pelo menos, até às 20 horas:* Algumas categorias profissionais consideram não haver complementaridade de horários com o serviço administrativo e referem que isso seria benéfico para os utentes.

*Informatização:* Os profissionais de saúde mencionam que a melhoria dos sistemas de informação na UTR seria benéfica não só para si como também para os utentes.

*Integração dos médicos internos na equipa:* Os médicos internos consideram que deveria haver um melhor acolhimento por parte dos restantes colegas de equipa.